



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil na Clínica da Encarnação, Hospital Dona Estefânia

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente:

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Vogais:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Professora Doutora Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Tatiana Patrícia Gaspar Santos

2017

Eu não procuro descobrir em ti o que há de anormal, neurótico ou de louco, mas o que pode haver de comum entre nós, como seres humanos. Não sou diferente de ti, senão na medida em que precisas de mim e me procuras. Eu sou aquele que vai, por hipótese, poder analisar contigo os teus problemas, o que se vai ocupar de ti, com afeto, mas sem sofrimento da minha parte (...).

(Santos, s/d cit in Branco, 2010)

Agradecimentos

Tenho muito a agradecer, a muitos. Sei que, apesar do meu empenho, o que aqui apresento não seria possível sem os conhecimentos, o apoio ou simplesmente a presença e a confiança de cada uma destas pessoas.

Começo por agradecer aos meus orientadores, o professor Rui Martins e o professor João Costa, cujos contributos a nível teórico e prático foram determinantes e me fizeram crescer enquanto pessoa e profissional. Obrigada pela confiança que depositaram em mim, pela disponibilidade, pelo acompanhamento e pelas conversas e questões que me levaram à procura de respostas e à reflexão diária acerca da nossa prática.

A todos os professores que me acompanharam ao longo da licenciatura e mestrado. Mas de uma forma especial à professora Cristina Espadinha, não só por ter sido minha orientadora de estágio na licenciatura e me ter ensinado tudo o que sei sobre referências bibliográficas, mas também, e principalmente, pela figura de referência que representa para mim pela sua dedicação e disponibilidade para ajudar.

Aos meus pais, pelo apoio, pelo amor e pelos valores que me transmitiram e que se mostraram essenciais na minha intervenção. Porque quem não é compreendido não consegue compreender e quem não é amado não saberá amar.

Às minhas irmãs. À Daniela pelas questões recorrentes que me obrigaram a refletir a minha prática e pelo ceticismo que me levou a procurar incessantemente a fundamentação científica. À Joana pela inspiração e exemplo de força e superação, e pelas críticas, por vezes duras, mas sempre construtivas.

Ao Nando, acima de tudo pelos encorajamentos, abraços, paciência e sorriso. Por me fazer desfrutar do presente e ansiar o futuro.

À minha grande família, pela confiança nas minhas capacidades e por demonstrarem interesse e valorizarem a minha profissão. Em particular à Cristiana, pelas conversas, pelas teorias e por me ensinar a ver o mundo e as relações noutra perspetiva.

À Linda, parceira de trabalho, pelas conversas, pelo apoio, pelas dúvidas, pelos momentos de partilha teórica, pelo humor, por tudo... porque sem ela não era a mesma coisa! À Beatriz e à Rita, parceiras de “brincadeira”, pessoas e profissionais excecionais, amigas com quem vivenciei, cresci e aprendi muito. Foram determinantes nesta experiência, obrigada!

À Joana, Rui e Vanessa, colegas do núcleo de estágio e companheiros nesta aventura, obrigada pelas reflexões, críticas, incentivos e aprendizagens conjuntas.

A todos os profissionais da Clínica da Encarnação que, de uma maneira ou de outra, me foram mostrando como se trabalha em equipa e o que é uma equipa. Pela disponibilidade, pelas palavras de incentivo e positivismo, pela paciência e pelos conhecimentos que me transmitiram.

Às famílias das crianças, que me confiaram os seus filhos. E claro, às crianças que acompanhei, por me mostrarem todos os dias um bocadinho dos seus mundos, por me deixarem entrar nas suas fantasias e brincadeiras, por todos os gestos de carinho e por me fazerem acreditar cada vez mais em mim e na intervenção psicomotora. Obrigada porque acima de tudo foram quem mais me ensinou.

E por fim a Ti companheiro, pelas pedras e oásis no caminho e pela força para perseverar.

Haverá certamente muitos outros a quem agradecer.

O que sou hoje sou-o graças a todos. Hoje tenho uma visão mais clara e madura de mim, dos outros, da minha profissão e do mundo em geral.

Obrigada!

Índice

Resumo.....	7
Abstract.....	8
Introdução	9
Parte I: Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....	11
Saúde Mental.....	11
A Saúde Mental Infantojuvenil	13
A Saúde Mental Infantojuvenil em Portugal	14
Psicomotricidade.....	16
A Psicomotricidade Relacional	19
A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação	20
O Jogo Livre	22
A Relaxação Terapêutica.....	23
Enquadramento da Instituição.....	25
A Clínica da Encarnação	26
Articulação da Equipa	27
Articulação com a Comunidade	29
Parte II: Prática Profissional	31
Objetivos.....	31
Calendarização das Atividades	32
Caracterização da População Atendida	35
Saúde Mental.....	38
Os Manuais de Diagnóstico.....	38
DC 0-3R.....	39
DSM 5.....	40
A Psicopatologia Infantojuvenil	41
Perturbação de Vinculação	41

Perturbação de Stresse Pós-traumático	45
A Depressão Materna	49
Instrumentos de Avaliação Utilizados	52
A Entrevista Clínica	54
A Behavior Assessment System for Children (BASC)	55
O Draw a Person (DAP).....	56
A Grelha de Observação Comportamental (GOC)	58
A Bateria Psicomotora (BPM)	58
O State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)	59
O Esquema de Tensões	59
Grupo de Relaxação	60
Estudos de Caso	62
Caso 1	63
Caracterização Anamnésica.....	64
Hipóteses Explicativas	65
Procedimentos e Instrumentos de Avaliação Utilizados	67
Avaliação Inicial	68
Plano Terapêutico	70
Intervenção	74
Avaliação Final.....	76
Discussão e Conclusões	80
Caso 2	82
Caracterização Anamnésica.....	83
Hipóteses Explicativas	85
Procedimentos e Instrumentos de Avaliação.....	88
Avaliação Inicial	89
Plano Terapêutico	90
Intervenção	94

Avaliação Final	96
Discussão e Conclusões.....	97
Dificuldades e Limitações	99
Atividades Complementares de Formação.....	102
Reuniões semanais no Núcleo de Estágio	102
Reuniões semanais na Clínica da Encarnação.....	103
Formação Adicional.....	104
Artigo.....	105
Conclusão	107
Bibliografia	110
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Horário semanal da estagiária	32
Tabela 2 - Cronograma anual da estagiária.....	34
Tabela 3 - Quadro resumo de elementos anamnésicos dos estudos de caso	63
Tabela 4 - Fatores protetores e de risco do Pedro.....	71
Tabela 5 - Pontos fortes e menos fortes do estudo do Pedro	71
Tabela 6 - Objetivos definidos para o Pedro.....	72
Tabela 7 - Fatores protetores e de risco do Rodrigo.....	91
Tabela 8 - Pontos fortes e menos fortes do Rodrigo.....	91
Tabela 9 - Objetivos definidos para o Rodrigo.....	92

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Organização da Área de Pedopsiquiatria do HDE (adaptado de Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, 2013)	25
Ilustração 2 - Organização e Especialidades da Equipa da CE	27
Ilustração 3 - Genograma do Pedro.....	64
Ilustração 4 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil clínico do Pedro pela BASC pais	78

Ilustração 5 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil adaptativo do Pedro pela BASC pais.....	78
Ilustração 6 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil clínico do Pedro pela BASC educadora.....	79
Ilustração 7 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil adaptativo do Pedro pela BASC educadora.....	80
Ilustração 8 - Genograma do Rodrigo	83

Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APA – American Psychiatric Association
APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
BASC – Behavior Assessment System for Children
BPM – Bateria Psicomotora
CE – Clínica da Encarnação
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DAP – Draw a Person
DC 0-3R – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition
DGS – Direção Geral de Saúde
DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition
FMH – Faculdade de Motricidade Humana
GOC – Grelha de Observação Comportamental
HDE – Hospital Dona Estefânia
ISC – Índice de Sintomas Comportamentais
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PIA – Psiquiatria da Infância e da Adolescência
PSPT – Perturbação de Stresse Pós-Traumático
RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
STAIC – State-Trait Anxiety Inventory for Children
UPI – Unidade de Primeira Infância
WHO – World Health Organization

Resumo

O presente relatório é relativo às atividades de estágio, desenvolvidas no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, que decorreram na Clínica da Encarnação (CE) do Hospital Dona Estefânia (HDE), no ano letivo 2015/16. Estas atividades de estágio consistiram essencialmente na intervenção psicomotora em problemas de saúde mental infantil e juvenil. Este documento está organizado em duas partes, uma componente teórica onde é feito um enquadramento acerca da saúde mental, psicomotricidade e enquadramento da instituição, e uma componente que procura descrever a prática da estagiária. Dentro desta segunda parte integram-se objetivos, calendarização das atividades e caracterização da população atendida. Incluem-se ainda uma revisão bibliográfica acerca das patologias diagnosticadas nos estudos de caso (Perturbação da Vinculação e Perturbação de Stresse Pós-Traumático), os instrumentos de avaliação utilizados e a apresentação de dois estudos de caso. Durante o estágio foram ainda desenvolvidas algumas atividades complementares de formação, também elas descritas. Considera-se que as atividades de estágio contribuíram para o desenvolvimento profissional e pessoal da estagiária e que os objetivos foram atingidos.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil, Pedopsiquiatria, Psicomotricidade, Perturbação da Vinculação, Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Abstract

This report concerns the internship developed to obtain the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation. This training was taken in a clinic (Clínica da Encarnação), which is integrated as a part of Dona Estefania Hospital, during the school year of 2015/16. The internship consisted essentially on a psychomotor intervention in children's mental health problems. This document is separated in two different parts, a more theoretical component where one can find a framework about mental health, psychomotricity and aspects about the institution, and another component aiming to describe the practical intervention of the intern. In this second part, one addresses the objectives, timing of the activities and characterization of the population served. It is also included a literature review about the pathologies diagnosed in the single case studies (Attachment Disorder and Post-traumatic Stress Disorder), the evaluation tools used and two single case studies. During the internship, it was also developed some complementary activities to increase knowledge in this field. It is considered that these internship activities contributed for the personal and professional development of the student and it is believed that its goals were fully reached.

Keywords: Children's Mental Health, Child Psychiatrist, Psychomotor Therapy, Attachment Disorder, Post-traumatic Stress Disorder

Introdução

Este relatório insere-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana (FMH).

No início do ano letivo 2015/16, a estagiária teve de escolher um local de estágio da lista elaborada pela faculdade. O gosto pela faixa etária infantil e o interesse por aprender mais sobre saúde mental e prática clínica, bem como o prestígio da instituição e a história da psicomotricidade na mesma, levaram a estagiária a escolher a Clínica da Encarnação (CE).

Os objetivos gerais deste estágio foram estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da reabilitação em saúde mental infantojuvenil, promovendo a reflexão, a capacidade de planeamento e a coordenação de serviços. De salientar também o intuito de contribuir para a inovação na área, mediante a criação e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, e o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, a fim de promover o crescimento do enquadramento profissional e científico da psicomotricidade (FMH, s/d).

Para além destes propósitos mais académicos, ao nível da instituição era esperado que a estagiária adquirisse competências práticas no âmbito da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e da relação com a comunidade, de modo a que a sua capacidade de decisão e grau de autonomia dentro da clínica fossem aumentando progressivamente. Era ainda esperado que esta contribuísse para a formação da equipa, mediante a participação em reuniões e a apresentação de um caso clínico e um trabalho teórico.

Por último, não podem ser descurados os objetivos da própria estagiária que, apesar de coincidirem largamente com os referidos anteriormente, eram mais difusos e relacionavam-se essencialmente com um desejo de desenvolvimento profissional mais amplo. Estes cruzavam-se intimamente com a expectativa de que este fosse o local que a preparava para uma prática futura fundamentada e refletida. Em última instância, o desejo era o de crescer e aprender, de passar de simples detentora de um grau académico a verdadeira profissional.

Com este relatório pretende-se, assim, apresentar o trabalho desenvolvido pela estagiária na CE, do Hospital Dona Estefânia (HDE), no âmbito da intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil. É também de mencionar que, apesar do estágio ter lugar na CE, a estagiária acompanhou alguns casos da Unidade de Primeira Infância (UPI), visto que

ambos os serviços partilhavam o mesmo edifício e que o segundo não tem psicomotricista. Sendo assim, o trabalho desenvolvido na UPI será também mencionado ao longo deste relatório.

Este documento divide-se fundamentalmente em duas partes, compostas por vários capítulos e subcapítulos, que se complementam de forma a demonstrar o que foi feito ao longo do ano letivo pela estagiária. Uma vez que a sua formação e estágio foram em Reabilitação Psicomotora, procurou-se ao longo de todo o relatório abordar as temáticas relacionadas com a saúde mental focando nos aspetos relacionados com a psicomotricidade em particular. Acima de tudo, objetivou-se enquadrar informação pertinente e fundamentar a prática psicomotora da estagiária sempre que possível, ao invés de focar demasiado em integrações históricas e definições teóricas.

Neste sentido a Parte I: Enquadramento Teórico da Prática Profissional é mais reduzida, e é onde é feito um enquadramento teórico da prática profissional e são abordados aspetos acerca da saúde mental, da intervenção psicomotora e da instituição de estágio. Já a Parte II: Prática Profissional, relativa à prática profissional, é mais extensa e inclui os objetivos, calendarização e caracterização da população atendida. Engloba ainda um enquadramento com revisão bibliográfica acerca de vários assuntos relacionados com a saúde mental aplicados aos casos seguidos pela estagiária. Segue-se a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados e dos dois estudos de caso. E ainda nesta segunda parte, são enumeradas as dificuldades e limitações encontradas pela estagiária e descritas as atividades complementares de formação realizadas. No final apresenta-se a conclusão, com as considerações finais acerca das atividades de estágio e perspetivas profissionais e de formação futuras. Para terminar, expõem-se a bibliografia e os anexos.

Parte I: Enquadramento Teórico da Prática Profissional

Nesta primeira parte são apresentados alguns elementos a ter em conta antes da descrição da prática profissional propriamente dita. Assim, começa por se apresentar um capítulo sobre a Saúde Mental, explorando particularmente a vertente infantojuvenil e o caso específico do nosso país. A partir daí, segue-se para conceitos teóricos a ter em conta no trabalho desenvolvido pela estagiária, nomeadamente noções relativas à Psicomotricidade em geral, à psicomotricidade com incidência relacional e à sua prática na CE. Por último, faz-se ainda um Enquadramento da Instituição onde decorreram as atividades do RACP, designadamente a UPI e a CE.

Saúde Mental

“(...) a saúde mental não é um campo estritamente médico
e é um assunto demasiado sério para ser entregue só aos psiquiatras”
(Vidigal, 2016b, p. 258)

Atualmente, segundo a World Health Organization (WHO, 2014), a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença. No entanto, apesar de referir na sua definição genérica de saúde a importância do bem-estar mental, a WHO, de uma forma mais particular, define ainda o conceito de saúde mental. Esclarece que esta é um estado de bem-estar que permite ao indivíduo lidar com o stresse normal do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua sociedade (WHO, 2014).

Por outro lado, a doença mental é caracterizada por um conjunto de sintomas, sendo os mais comuns a alteração de pensamentos, perceções, emoções, comportamentos e das relações interpessoais. Podem contribuir para o seu aparecimento o stresse, os fatores genéticos, a nutrição, infeções perinatais e determinados contextos ou acontecimentos (WHO, 2016). A American Psychiatric Association (APA, 2014) esclarece que uma perturbação mental só existe quando estas alterações são clinicamente significativas e ocorrem por disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento que servem de base ao funcionamento mental. A associação frisa ainda que esta está frequentemente associada a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais, etc.

A WHO (2016) defende a eficácia da prevenção e tratamento destes problemas e a importância dos serviços sociais e de saúde nestes casos. No entanto, a visão acerca da saúde e da doença mental não foi sempre igual e tem-se vindo a alterar ao longo dos tempos (Vidigal, 2016a). A autora aborda as diferentes etapas históricas, desde as explicações religiosas e mágicas para estas doenças até às fundamentações científicas dos dias de hoje. Ao nível da intervenção, a autora relata como se evoluiu dos asilos, abandono e violência contra os sujeitos com diagnósticos psiquiátricos até às práticas contemporâneas em psiquiatria.

Só em 1782, em França, foi lançado o conceito de “tratamento moral” por Pinel e, portanto, só nesta altura se pôde falar de tratamento propriamente dito no âmbito da saúde mental. Esta conceção baseava-se na premissa de que os doentes mentais deveriam ser tratados como seres humanos e sem recurso à violência, ao contrário do que acontecia até então. Apesar de esta prática não se ter generalizado, Pinel desenvolveu também uma classificação de doenças mentais, agrupando-as pela primeira vez em quatro categorias - manias, melancolias, delírios exclusivos e demências - e por estes motivos considera-se que esta foi a primeira revolução psiquiátrica (Vidigal, 2016a).

Mais tarde, já com os contributos da psicanálise e a evolução do conhecimento acerca do cérebro, surge a segunda revolução psiquiátrica, caracterizada principalmente pela introdução da clorpromazina como tratamento em doentes psicóticos na década de 50. Aproximadamente uma década mais tarde surge a terceira revolução psiquiátrica, assinalada pela valorização da prevenção e intervenção ativa do psiquiatra na saúde mental e pela consideração de aspetos biológicos, psicológicos e sociais na apreciação da doença mental (Vidigal, 2016a).

Em Portugal estas etapas tiveram uma expressão menor, mas condicionaram a evolução da especialidade de psiquiatria até ao século XXI (Vidigal, 2016a). Presentemente existem algumas leis que regulamentam os serviços de Saúde Mental, como é o caso da Lei da Saúde Mental (ou Decreto-Lei n.º 36/98), que preceitua os princípios gerais da política de saúde mental, regula o internamento compulsivo de pessoas com doença mental e revoga também a lei n.º 2118 - Lei de Bases da Saúde Mental, de 1963. O Decreto-Lei n.º 35/99 regulamenta o primeiro decreto e estabelece os princípios orientadores da organização e funcionamento dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Também no nosso país, em 2008, foi lançado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, com os principais objetivos de tornar os serviços de saúde mental mais acessíveis a todos, proteger os direitos humanos

de indivíduos com psicopatologia e promover a saúde mental de uma forma mais geral (Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), 2008). Assim, no ano seguinte foi lançado o Decreto-Lei n.º 304/2009, que modificou o Decreto-Lei n.º 35/99 para que este contemplasse as alterações relacionadas com aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental, ou seja para que estivesse mais adaptado às necessidades emergentes dos cidadãos. Seguidamente, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 8/2010, também dentro das linhas definidas por este plano, que concebe um conjunto de respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado a indivíduos com incapacidade psicossocial e em situação de dependência com doença mental grave. Este último foi posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011 e ainda, mais recentemente, pelo Decreto-Lei n.º 136/2015.

Feito o enquadramento histórico e legal português da saúde mental e da psiquiatria, apresentam-se de seguida aspetos relacionados especificamente com a saúde mental infantojuvenil, uma vez que foi nesta área que foi desenvolvido o estágio curricular.

A Saúde Mental Infantojuvenil

A WHO (2005) refere que crianças e jovens com uma boa saúde mental conseguem manter um bom funcionamento e bem-estar social e psicológico, possuindo um sentido de identidade, uma autoestima e relações adequadas. Esta saúde mental é fundamental para que as crianças e adolescentes consigam aprender e ser produtivos, para que ultrapassem os desafios próprios do desenvolvimento e para que tenham uma participação ativa na vida social e económica.

No entanto, tal como explicitado anteriormente, e referido também pela Direção Geral de Saúde (DGS), a saúde mental e física são interdependentes. Os problemas de saúde retratam a relação complexa entre o indivíduo, a família e o meio sociocultural dos mesmos e atualmente os problemas de saúde mental são considerados uma área prioritária para a intervenção (DGS, 2004).

Ainda assim, o próprio conceito de perturbação tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, desde as visões psicodinâmicas às visões *behavioristas*, sendo que as mais recentes se focam na criança e a veem como um organismo em desenvolvimento, um ser social e um agente ativo e pensante (Rutter, 1983). Atualmente, uma perturbação de saúde mental é diagnosticada quando os sinais e sintomas do indivíduo constituem um quadro que compromete o seu funcionamento psicológico e social (WHO, 2005). Segundo a WHO (2005), a percentagem de crianças e jovens nesta situação situa-se nos 20%.

A WHO (2005) reconhece os custos económicos elevados com intervenção nestes problemas mas, com base em diferentes estudos, alerta que a falta de investimento na prevenção e tratamento das perturbações mentais da infância e adolescência representa a médio e longo prazo custos ainda mais elevados para a sociedade. Isto porque, tal como é abordado por Encarnação, Moura, Gomes e Silva (2011), é possível que exista um *continuum* da psicopatologia da infância para a adolescência e para a idade adulta, embora esta hipótese ainda careça de estudos.

Ao nível da prevenção, para diminuir a prevalência deste problema, é importante simultaneamente reduzir o impacto dos fatores de risco e aumentar o dos fatores protetores (WHO, 2005). Desta forma, torna-se fundamental uma ação conjunta entre as áreas da saúde, educação, segurança social, justiça, autarquias, organizações não-governamentais e restantes setores da sociedade para a promoção da saúde mental e prevenção de problemas relacionados com a mesma (DGS, 2004).

Exposto o panorama geral da saúde mental infantojuvenil, aborda-se de seguida, de uma forma mais aprofundada, alguns aspetos históricos e legais relacionados com a mesma no nosso país.

A Saúde Mental Infantojuvenil em Portugal

É descrito que, em Portugal, as preocupações com a saúde mental infantil começaram com António Costa Ferreira no início do século XX. Este médico assinalava a importância de educar, tratar e arranjar um papel na sociedade para crianças com necessidades educativas especiais, nesta altura com uma maior orientação para as dificuldades intelectuais (CNSM e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2011; Vidigal, 2016a).

Posteriormente, Vítor Fontes desenvolveu também um trabalho assinalável neste campo, nomeadamente manteve durante duas décadas a publicação da revista “A Criança Portuguesa” e organizou o IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil. A partir deste congresso surgiu, em 1959, a especialidade médica de Neuropsiquiatria Infantil, hoje denominada Psiquiatria da Infância e da Adolescência (PIA) (Vidigal, 2016a). Esta existe sob este nome desde 1983 e é definida como uma especialidade médica autónoma e responsável pela prestação de cuidados no âmbito da saúde mental em pacientes até aos 18 anos (CNSM e ACSS, 2011).

Apesar disto, segundo Vidigal (2016a; 2016b), foi João dos Santos quem, mais tarde, lançou a pedopsiquiatria não só no nosso país como em toda a Europa. Branco (2013) fala

da introdução da saúde mental infantil moderna em Portugal, atribuindo-a também em grande parte a João dos Santos. Este via a criança como um ser em constante mudança e, por isso, promoveu o abandono progressivo de uma psiquiatria clássica e estática, defendendo uma visão mais ampla destes problemas. Acreditava também na importância do trabalho com a família, no peso da dimensão relacional na prática clínica e que toda e qualquer família merece igual respeito no atendimento. Por esta razão, este médico dava primazia ao estabelecimento de uma relação, primeiro com os pais e depois com as crianças, e considerava a aliança terapêutica fulcral para o sucesso da intervenção (Vidigal, 2016b).

João dos Santos valorizava também a prevenção e a investigação na área da saúde mental infantil e considerava que o sonhar e o pensar eram mais importantes que a administração de medicamentos nos problemas de saúde mental infantil. Ao nível da prevenção, este acreditava que a escola, particularmente a qualidade da educação da criança, poderia evitar alguns problemas de saúde mental (Vidigal, 2016b). Valorizava também a relação entre a saúde pública e a saúde mental, ou seja, a ligação entre o desenvolvimento físico e o intelectual, entre o afetivo e o social, e acreditava que ambas as áreas deviam usufruir dos saberes provenientes do encontro de várias disciplinas (Branco, 2013).

Branco (2013) considera operar atualmente em saúde mental infantil em Portugal o paradigma da conectividade, desenvolvido por João dos Santos. Este caracteriza-se por conectar disciplinas e práticas, mas também instituições e serviços, promovendo um trabalho conjunto em prol da saúde mental.

Atualmente existem alguns documentos legais que procuram regulamentar os serviços, criar esta conexão e promover a saúde mental infantojuvenil no nosso país. Um exemplo ao nível dos cuidados de saúde primários são as “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”, de Marques e Cepêda (2009), que dedicam um capítulo a recomendações para o médico de família ao nível da avaliação, triagem e referenciação em saúde mental infantil e juvenil.

Já no âmbito da saúde mental, o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 aborda a organização dos serviços da PIA, sugerindo um conjunto de medidas orientadoras, principalmente para a melhoria dos serviços e no âmbito da formação. Os seus principais objetivos são a promoção da saúde mental infantil e juvenil junto da população e a melhoria da prestação de cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil e outras estruturas como a saúde, educação, serviços sociais e justiça (CNSM, 2008).

A norma 010/2013 da DGS salienta as modificações feitas ao Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, de 2005, e introduz o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que vem substituir o anterior. Esta norma postula que uma das alterações se prende com o maior enfoque a dar a questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, perturbações emocionais e do comportamento e aos maus-tratos. Neste programa é feita uma referência a dados do Ministério da Saúde de 2001 que apontam para uma prevalência de 10 a 20% de problemas de saúde mental entre a população infantil portuguesa e é destacada a importância do diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas (DGS, 2013).

Para além das articulações acima descritas, quer pelos cuidados de saúde primários, quer pelos serviços de saúde mental ou pelos serviços de saúde infantil e juvenil, criaram-se também outras respostas mais específicas no âmbito da PIA. Nomeadamente, em 2001, inaugurou-se o internamento de Pedopsiquiatria no HDE, o primeiro de Portugal num hospital pediátrico, e em 2004 surgiu a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental que contempla todos os serviços e unidades de Pedopsiquiatria (DGS, 2004; CNSM e ACSS, 2011).

Existem ainda dois documentos a assinalar no enquadramento da PIA. Um deles é a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que foi lançada em 2011 e visa regular as relações entre todas as instituições de saúde, aplicando o postulado no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 referido anteriormente. O segundo é a circular normativa nº. 06/DSPSM, que aplica os Decretos-Lei nº 35/99 e nº 304/2009 ao contexto de saúde mental da infância e da adolescência e estabelece a organização dos seus serviços (CNSM e ACSS, 2011).

Ambos os documentos mencionados acima referem a importância das equipas multidisciplinares e mencionam a intervenção psicomotora enquanto terapêutica disponível e utilizada nos serviços de saúde mental infantil. Segue-se então um enquadramento acerca desta área – a psicomotricidade.

Psicomotricidade

“A psicomotricidade é a expressão corporal do funcionamento psíquico.”
(Santos, s/d, cit in Branco, 2010, p.276)

O ser humano é um ser psicomotor e é a atividade psicomotora que está na base da sua aprendizagem (Lièvre e Staes, 2012). Ainda assim, historicamente há uma separação entre corpo e espírito, em que o primeiro era frequentemente descurado relativamente ao

segundo (Fonseca, 2010), e é difícil atribuir uma data ao nascimento deste conceito integrador. Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010) afirmam que foi utilizado pela primeira vez na Alemanha, em 1844. Já Branco (2010) e Costa (2008) referem que nasce em 1870, quando se torna necessário explicar certos fenômenos clínicos, como disfunções motoras graves que não eram atribuíveis a lesões cerebrais, apesar dos avanços na neurofisiologia. Branco (2010) acrescenta ainda que, através da introdução deste conceito, Dupré rompeu no início do século XX com as correspondências biunívocas entre localizações cerebrais e perturbações motoras, ou seja, entre a neuropsicopatologia e psicomotricidade.

Após a primeira utilização do termo, também a sua definição tem vindo a evoluir. Esta deriva de um enquadramento de várias referências ao longo do tempo, como é o caso da neurologia, neuropsiquiatria, fenomenologia, pedopsiquiatria e psicanálise e por isso é, até aos dias de hoje, uma área em permanente busca de identidade (Martins, 2001a; Constant, 2007). Não obstante, Constant (2007) aponta que a prática psicomotora deve questionar os campos e fundamentos científicos que conduziram ao seu nascimento, e que deve constituir-se como uma área complexa com diferentes referenciais.

Neste sentido, as intervenções psicomotoras caracterizam-se pela variedade das suas indicações, objetivos e técnicas e por isso torna-se fácil demonstrar como a prática em psicomotricidade é pertinente e como é utilizada para tudo e por todos. Por outro lado, esta abrangência condiciona a demonstração da especificidade, eficácia e teoria desta mesma área (Joly, 2007; Thurin, 2010).

Assim, para tentar clarificar este conceito, a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) define psicomotricidade como uma área transdisciplinar que “estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade, encarando de forma integrada as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial” (APP, 2011, p. 3). Na prática, Lièvre e Staes (2012) reúnem várias dificuldades psicomotoras e explicam a influência que estas podem ter a nível comportamental e escolar e Martins (2001a) reforça que as potencialidades motoras, mentais e emocionais do indivíduo estão em constante interação e manifestação no corpo. O último autor refere mais uma vez que, para compreender o sujeito de uma forma realmente holística, é ainda importante ter em conta o seu envolvimento.

Nesta sequência, a intervenção psicomotora implica uma mediação corporal e expressiva, e visa atuar sobre a expressão motora inadequada ou inadaptada em indivíduos com

problemáticas de incidência corporal, relacional e/ou cognitiva. O profissional desta área pode intervir no âmbito preventivo ou reeducativo/ terapêutico, e a sua prática inclui a intervenção complementar com a família, a escola e a comunidade (APP, 2011).

Atualmente considera-se que o principal foco da psicomotricidade é a globalidade da pessoa e todos os seus aspetos, e já não é dada primazia a determinados exercícios específicos para cada patologia como no passado. Hoje valoriza-se o papel da relação e procura-se possibilitar a expressão da personalidade, ao invés de tentar apenas atuar nos sintomas (Rodrigues e Marta, 1994; Martins, 2001a).

Seguindo esta visão holística, neste campo há espaço para a utilização da linguagem, para a troca de emoções tónico-posturais e para um envolvimento do gesto, o que torna por isso a prática uma situação intersubjetiva (Constant, 2007). Consequentemente, os psicomotricistas são profissionais treinados para saberem como tocar, olhar e agir com os pacientes de forma a estimularem ao máximo o diálogo tónico-emocional (Boscaini e Saint-Cast, 2010).

Robert-Ouvray (2002, cit in Rivière, 2010) sublinha que a virtude desta terapia está na forma como utiliza as emoções para comunicar da maneira mais primária e abrir portas aos processos de simbolização e tomada de consciência de si e do mundo. As atividades em sessão favorecem então a diversificação de experiências, o que promove as relações e, por vezes, a tomada de consciência dos processos que levam à expressão dos sintomas (Boscaini e Saint-Cast, 2010).

De uma forma geral, Martins (2001a) caracteriza a prática psicomotora como unificadora, todavia refere que o enfoque da mesma pode estar mais na componente instrumental ou na relacional, consoante a instituição de atendimento, o indivíduo, o terapeuta, entre outras variáveis. Pode dizer-se que a psicomotricidade de cariz mais instrumental e funcional está mais ligada à reeducação, e a psicomotricidade de índole mais relacional coloca a tónica na relação, afetividade e emoção (Martins, 2001a). Não obstante, em qualquer um dos enfoques, a intervenção psicomotora permite à criança desenvolver o seu equilíbrio psicocorporal e encontrar novas maneiras de agir e de se expressar, o que reduz os seus problemas psicomotores (Boscaini e Saint-Cast, 2010).

Uma vez que, na sua prática clínica na CE, a estagiária utilizou predominantemente a psicomotricidade de cariz relacional para a análise e intervenção com os casos, considera-se pertinente o aprofundamento desta temática.

A Psicomotricidade Relacional

Em Portugal foi João dos Santos quem começou por aplicar este adjetivo para caracterizar a psicomotricidade e, segundo ele, nesta terapia é a implicação afetiva do terapeuta na intervenção que determina a eficácia da mesma (Costa, 2016).

Em psicomotricidade de cariz relacional estabelece-se como fulcral a qualidade da relação técnico-criança, mas também as relações que se estabelecem com o meio envolvente e que se vão refletir em vivências corporais. A relação terapêutica deve assim ter uma base corporal e não-verbal, e a criança deve sentir-se segura nesta relação. Apela-se a uma linguagem tónica, arcaica e afetiva, que favorece a regressão e permite abordar questões impressas profundamente na personalidade do indivíduo (Vecchiato, 1989; Costa, 2008, 2016).

A especificidade desta terapia de mediação corporal justifica-se pelo envolvimento do corpo na terapia, pela interação corporal que coloca o corpo em relação com os objetos e com o espaço. Desta forma, esta intervenção incita transformações efetivas no indivíduo e é vista como promotora da articulação entre o corpo e a psique (Joly, 2007). Neste sentido, Rivière (2010) refere que esta vertente relacional da psicomotricidade tem objetivos muito ambiciosos, por buscar a transformação do indivíduo e a reestruturação do conjunto da própria personalidade. O autor relaciona esta linha com a psicanálise, afirmando que ambas veem o sintoma psicomotor como uma “testemunha” de um conflito psíquico subjacente. Assim, este sintoma não é visto como algo prioritário a tratar, mas antes como um sinal de alerta.

De acordo com Martins (2001a), a psicomotricidade com um enfoque relacional dá particular atenção à relação e à componente psicoafetiva, e aborda principalmente questões relacionadas com a identidade e fusionalidade do indivíduo. Permite a expressão das pulsões, o desejo de relação e o reinvestimento do adulto como figura securizante. Almeida (2005) acrescenta que o reviver simbólico de experiências muito precoces, quer tónico-emocionais quer comunicacionais, permitem este reinvestimento. Por isto, é comum numa sessão de psicomotricidade a criança vivenciar experiências regressivas, com duração e intensidade variável, que visam conduzir à estruturação total do EU a partir da relação. Estas experiências podem estar relacionadas com a relação mãe-bebé, como o toque da pele com pele, a temperatura que causa sensações de prazer e desprazer, a contenção, as mímicas, os sorrisos e a voz (Chappaz-Pestelli 1994, cit in Martins, 2001a; Almeida 2005).

É, portanto, fundamental que o psicomotricista ponha o seu corpo à disposição da criança, oferecendo-o para estabelecer uma comunicação tónico-emocional, para que partilhem sensações e emoções. No entanto, apesar da relação com o adulto ser fundamental, bem como a sua atitude no geral, este não deve ser excessivamente intervencionista e os interesses e ritmo devem vir da criança. Nestas sessões a criança depara-se com um espaço que pode explorar e onde se pode exprimir, e com uma regularidade que permite a antecipação das experiências emocionais. Cabe ao terapeuta criar um quadro securizante e estimulante para que a criança aja sobre o espaço e materiais e aumente progressivamente a sua curiosidade, iniciativa, criatividade, gesto espontâneo e autoestima. O profissional tem ainda o papel de se adaptar à realidade da criança, adaptando-se às suas dificuldades e promovendo a comunicação e a evolução dos seus conflitos (Vecchiato, 1989; Costa, 2008, 2016; Boscaini e Saint-Cast, 2010).

Posto isto, expõem-se de seguida uma revisão acerca do papel desta terapia no âmbito da saúde mental infantojuvenil, particularmente o seu lugar na CE.

A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação

João dos Santos, médico e professor de educação física, conceptualizava o corpo e o movimento como componentes importantes da saúde mental da criança. Durante o seu percurso foi sublinhando o corpo como intermediário entre o ambiente e o psíquico, defendia que é a partir deste que se aprende a conhecer e que, por isso, o corpo deve ser a base para a educação da cognição e da afetividade (Holanda, 2016). Também no âmbito das perturbações de saúde mental, Rodrigues, Gamito e Nascimento (2001) abordam o corpo enquanto local de manifestação de sintomas de mal-estar, mas também na perspetiva de instrumento terapêutico.

Neste sentido, Almeida (2005) refere que a psicomotricidade se afirma no contexto de saúde mental pela sua abordagem diferenciada das restantes especialidades, nomeadamente pelo enfoque no corpo e no diálogo tónico-emocional para a compreensão e atuação nos núcleos originais da personalidade, e para a promoção da evolução do indivíduo. Em Portugal, segundo os dados de 2011, à data existiam cinco psicomotricistas a trabalhar em PIA, todos eles no continente e um dos quais na CE.

O funcionamento da equipa de psicomotricidade desta clínica assemelha-se ao de outras equipas de psicomotricistas em serviços hospitalares públicos no país, como é demonstrado pelos trabalhos de Carvalho (2005) e Lontro (2006). De seguida, são abordados alguns aspetos acerca da psicomotricidade na CE.

Um destes aspetos é o facto de os casos clínicos serem analisados e interpretados tendo por base uma visão psicodinâmica, uma vez que alguns dos médicos mais experientes da clínica seguem esta corrente. Por influência de João dos Santos, também o orientador local, o professor João Costa, utiliza conceitos desta teoria para compreender alguns casos e fundamentar a intervenção. A respeito da utilização de uma perspetiva psicodinâmica na psicomotricidade, Misès (2007) defende que esta é uma mais-valia para a compreensão mais profunda e completa dos casos, por procurar entender a natureza da psicopatologia e discutir as indicações terapêuticas. O mesmo autor considera que outras correntes mais simplistas e reducionistas apenas provocam a diminuição ou o desaparecimento de manifestações superficiais, quando o verdadeiro problema continua a evoluir e a instalar-se. Boscaini e Saint-Cast (2010) acrescentam que as perturbações psicomotoras não podem ser compreendidas apenas tendo em conta a neurobiologia e devem ser analisadas no contexto psicossocial.

Relativamente à tipologia das sessões, de grosso modo, pode afirmar-se que as intervenções individuais visam principalmente trabalhar as dificuldades intrapessoais e as de grupo focam-se particularmente em desenvolver as competências interpessoais. Na CE as sessões são principalmente de grupo, uma vez que desta forma se fomenta o desenvolvimento e gestão da relação com os pares e se proporciona uma maior amplitude e riqueza de vivências. As sessões individuais são utilizadas com poucos indivíduos e especificamente em casos de grande agressividade ou de necessidade de criar um ambiente reparador da relação precoce, em que é importante reproduzir a díade e trabalhar de um para um (Rodrigues e Marta, 1994; Rodrigues et al., 2001; Costa, 2008; Albaret, Marquet-Doléac, Neveux e Soppelsa, 2014).

Acerca dos planeamentos de sessão, na CE estes apenas são realizados para o grupo de relaxação e os motivos desta exceção serão explicitados mais à frente no capítulo relativo a este grupo. Vecchiato (1989) expõe que não é possível prever o que vai ser feito na sessão e que em psicomotricidade com uma incidência na componente relacional esta planificação é desenhada e realizada durante a própria intervenção. O autor acrescenta que os planeamentos podem até constituir um entrave à intervenção, na medida em que condicionam as escolhas e a disponibilidade do técnico. Ainda assim, Albaret et al. (2014) refere que a primeira etapa da intervenção passa sempre por favorecer a motivação para a sessão e dar a conhecer a forma como a mesma se organiza e Costa (2008) acrescenta que é importante incentivar a criança a gerir as atividade que propõe e o seu tempo.

Outro ponto a mencionar prende-se com as indicações terapêuticas. Estas devem ser pensadas para cada idade e para cada patologia (Constant, 2007) e ser também específicas para cada indivíduo (Thurin, 2010). No entanto, as práticas da equipa de psicomotricidade são sempre baseadas num cuidado que dá muito valor à linguagem corporal e verbal como formas de compreensão das emoções e tratamento das perturbações dos indivíduos, tal como é descrito por Boscaini e Saint-Cast (2010). João dos Santos (cit in Branco, 2013, p. 81) refere que “Através da relação chega-se a tudo. Se a pessoa só existe quando há relação, não é possível abordar qualquer problema psicológico que a aflija sem a ter em conta”.

Para terminar, é de referir o facto de serem utilizadas várias técnicas e mediadores em terapia, como o jogo, a expressão artística, a relaxação, etc. Uma vez que a prática na CE dá primazia à componente relacional, os mediadores mais utilizados são o jogo e a relaxação terapêutica. De seguida, expõem-se então algumas considerações acerca do jogo livre.

O Jogo Livre

O jogo e a atividade lúdica de uma criança espelham a forma como ela vê o mundo. Estes são um meio de expressão total e autêntica, tanto corporal como verbal, e utilizam e desenvolvem a imaginação e criatividade. Mediante a utilização ou não de objetos, a criança experimenta situações de jogo e vive-as como uma realidade, o que contribui para o desenvolvimento da sua personalidade e integração na sociedade, mas também para o seu bem-estar emocional e relacional (Vayer, 1989; Rodrigues e Marta, 1994).

Melanie Klein foi quem utilizou pela primeira vez as atividades lúdicas na sua intervenção, particularmente como veículo para a relação terapêutica, pelo facto de estas serem uma forma de relação e comunicação, e por funcionarem como um espelho do desenvolvimento infantil. Klein procurava assim compreender, através do agir das crianças, os seus medos e dificuldades e, também mediante a utilização do jogo, promover a organização e desenvolvimento da criança num ambiente seguro (Rodrigues e Marta, 1994).

Carvalho (2005) fortifica esta ideia de que o jogo lúdico da criança transparece o seu nível de relação e comunicação e que, através deste jogo, é também possível promover a organização psíquica. A autora acrescenta que a utilização do jogo na intervenção proporciona o desenvolvimento de competências e que o terapeuta, os materiais e o espaço se assumem como indutores dessa atividade lúdica.

Mediante a apresentação de um estudo de caso, Vecchiato (1989) expõe que em contexto de jogo é importante perceber os pedidos de ajuda e tentativas de comunicação, de forma a criar uma ponte possível para o relacionamento seguro. O autor sublinha ainda que é fundamental demonstrar interesse pelo que a criança sabe fazer e não pelo que não sabe, uma vez que ao colocar a tónica da intervenção sobre as dificuldades e focar apenas esses aspetos a autoestima da criança pode ser afetada.

Vecchiato (1989) disserta acerca de situações comuns no jogo espontâneo entre a criança e o técnico, nomeadamente comportamentos de imitação, agressividade, o papel da morte simbólica e da frustração, os tipos de jogo, entre outros. Refere ainda que é importante o técnico tornar-se tangível e mediar a distância que o separa da criança e a posição do seu corpo, pois estas podem assumir um valor de agressão, disponibilidade, autonomia, morte, etc. As variações na posição do corpo do profissional permitem ainda alternar a posição do poder entre o técnico e a criança.

Relativamente ao espaço da sala, locais representativos de casas e ninhos induzem mais facilmente experiências regressivas, enquanto espaços mais centrais e amplos incitam atividades mais dinâmicas. A respeito dos materiais, proporcionar situações com materiais simples promove a expressão da verdadeira personalidade do indivíduo e dos seus sintomas (Vecchiato, 1989).

Apesar de na CE ser muito comum o recurso ao jogo livre na intervenção psicomotora, quer de carácter individual quer de grupo, na maior parte dos casos acompanhados são também utilizadas técnicas de relaxação, normalmente no final das sessões. Desta forma, o capítulo seguinte visa abordar esta metodologia de intervenção e clarificar o conceito de relaxação terapêutica.

A Relaxação Terapêutica

Na CE a relaxação terapêutica é uma forma de intervenção muito utilizada, independentemente da idade dos indivíduos acompanhados, salvaguardando que os exercícios de relaxação propostos não se baseiam numa única técnica e são pensados e ajustados para cada pessoa (ou grupo) e seus objetivos, tal como sugerido por Maximiano (2004). No caso concreto da relaxação com crianças, Bounes e Petit (2006) alertam que é natural e esperado que exista movimento, conversa e jogos.

O adjetivo “terapêutica” relaciona-se com o facto de não serem aplicadas técnicas de massagem, descontração ou com fins educativos. Por outras palavras, a relaxação proporciona uma situação de alternância entre a experientiação de sensações e a

emergência de representações mentais. Assim, o objetivo fundamental da intervenção não é atingir um estado de descontração nas sessões nem aprender a relaxar. Esta intervenção procura antes afirmar-se como uma solução a longo prazo, atuando efetivamente na forma de sentir, pensar e agir do indivíduo no seu dia-a-dia, através da promoção do seu autoconhecimento (Maximiano, 2004; Bounes e Petit, 2006).

Vayer (1989), por exemplo, sugere alguns exercícios que permitem a relaxação e controlo respiratório de crianças mais novas e Baranes (2007) aborda a relaxação como forma de intervenção junto de adolescentes. Já Costa (2008) e Bounes e Petit (2006) não fazem alusão a uma faixa etária específica dentro da intervenção infantojuvenil. O primeiro enumera e descreve várias técnicas, enquanto as autoras se focam no treino autógeno de Schultz.

Maximiano (2004) refere que o tónus é um canal de comunicação, e Saint-Cast (1997) e Fonseca (2010) expõem que desregulações inscritas no plano tónico influenciam depois diversas áreas da vida quotidiana do indivíduo. Bounes e Petit (2006) acrescentam que a relaxação permite sentir e identificar diferentes níveis de tensão para os quais não estamos normalmente atentos e que condicionam a própria atividade motora.

Quanto à respiração, esta reflete o que se passa no organismo, mas por outro lado também possibilita regular os seus ritmos se for controlada conscientemente (Pereira, 2005). Segundo a autora, os exercícios respiratórios são muito importantes na medida em que permitem a tomada de consciência do indivíduo dos seus estados corporais e mentais. Estes devem começar por ser apenas uma observação de uma respiração em repouso e atividade, seguidos de exercícios de exploração de diferentes tipos e ritmos de respiração, até uma fase de reflexão acerca das suas repercussões tónicas e mentais.

A fase de reflexão e diálogo verbal num contexto empático e protegido ajudam a tornar consciente a experiência dos sujeitos (Akasha, 2004). Segundo Baranes (2007), o facto de a mediação ser corporal não implica que a comunicação verbal não seja utilizada. Pelo contrário esta mediação proporciona experiências a nível corporal, que podem ser depois postas em palavras e partilhadas por quem as vivencia. Ainda segundo Akasha (2004), nesta fase as atitudes do terapeuta são muito importantes pois as suas respostas modelam o outro e a sua maneira de pensar.

A atenção do profissional às expressões corporais voluntárias e involuntárias do grupo, a atitude semi-diretiva e a postura segura e estruturante são também relevantes (Saint-Cast, 1997). Neste sentido, o bem-estar emocional do profissional é fundamental, assim como o

respeito e compreensão do grupo relativamente às sensações, emoções e opiniões de cada elemento (Akasha, 2004).

Explicitado o tema da psicomotricidade, com ênfase na psicomotricidade de enfoque relacional e na CE, justifica-se agora fazer um enquadramento acerca da instituição onde foram desenvolvidas as atividades de estágio.

Enquadramento da Instituição

“Todas as crianças têm o direito a viver felizes e a ter paz nos seus pensamentos e sentimentos.”

(Strecht, 2002, p. 32)

A estagiária desenvolveu o seu estágio curricular na CE, pertencente ao HDE. O HDE é um hospital pediátrico, de referência a nível nacional, que está dividido em 4 áreas, sendo que uma delas é a da Mulher, Criança e Adolescente. Esta área compreende diferentes especialidades médicas, como é o caso da PIA, também referida como Pedopsiquiatria, onde foi desenvolvido o RACP (Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), 2010).

Esta especialidade foca-se nos problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, e tem como missão acolher, avaliar e intervir junto dos pacientes e suas famílias. Está sediada no edifício do HDE, mas divide-se em várias equipas, que estão localizadas em diferentes pontos de Lisboa e estão estruturadas consoante as áreas de diferenciação técnica (CHLC, 2010). Na Ilustração 1 é apresentada esquematicamente a organização da PIA.

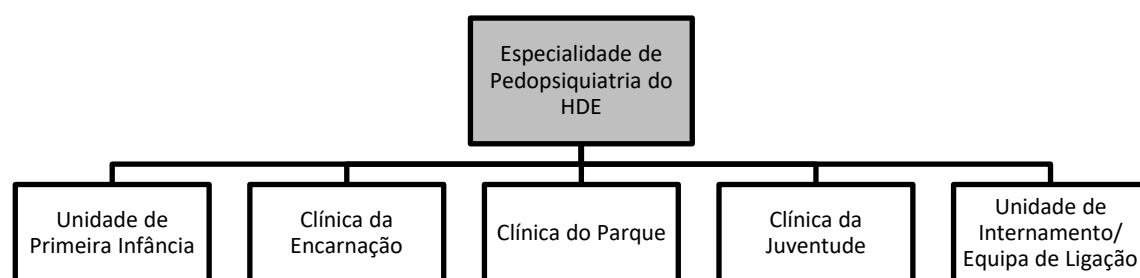


Ilustração 1 - Organização da Área de Pedopsiquiatria do HDE (adaptado de Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, 2013)

Uma das equipas desta especialidade é a UPI, onde são recebidas crianças até aos 4 anos. Para o atendimento de crianças entre os 4 e os 12 anos existem as equipas da CE e da Clínica do Parque, cuja diferenciação é feita pelas diferentes zonas geográficas que

assistem. Dos 13 aos 18 anos, os indivíduos são acompanhados na Clínica da Juventude. Existem também, no espaço físico do HDE, uma Unidade de Internamento, com 10 camas para a hospitalização de doentes agudos, e uma Equipa de Ligação (CNSM e ACSS, 2011; CHLC, 2010).

As idades referidas acima são indicativas para data da primeira consulta, sendo que a partir daí a equipa responsável pelo caso faz o seu acompanhamento até aos 18 anos. Atingida esta idade, o paciente é considerado adulto e passa a estar ao cuidado da psiquiatria geral, especialidade que não existe no HDE (CHLC, 2013).

Na Clínica do Parque e na Clínica da Juventude funcionam ainda os hospitais de dia, que acolhem respetivamente crianças dos 6 aos 12 anos e jovens dos 13 aos 17 anos. Por último, a especialidade de pedopsiquiatria desempenha também funções na urgência pediátrica do HDE, disponibilizando sempre, pelo menos, um médico com presença física e assegurando o atendimento urgente 24 horas por dia e 7 dias por semana (CNSM e ACSS, 2011; CHLC, 2010).

Segue-se a apresentação da CE, local onde se realizou o estágio curricular. Faz-se ainda uma referência geral à relação entre os diferentes profissionais da equipa, na qual se inclui uma menção particular ao papel da psicomotricidade e, por último, aborda-se a relação da CE com a comunidade. De salientar mais uma vez que a estagiária acompanhou também alguns pacientes da UPI, todavia, pelo facto de o orientador local pertencer à CE, a equipa da primeira infância não é apresentada neste subcapítulo.

A Clínica da Encarnação

A CE presta cuidados em regime ambulatorio no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental. Relativamente à área de influência, são atendidos pacientes de algumas zonas de Lisboa, como Sintra e Vila Franca de Xira, e alguns concelhos dos distritos de Santarém e Portalegre. Qualquer pessoa pode pedir uma marcação para consulta e são atendidas crianças e jovens dos 4 aos 12 anos, cujo seguimento pode ser mantido até aos 18 anos se necessário (CHLC, 2013).

Na Ilustração 2 encontra-se o organograma da CE a partir do qual é possível perceber as diferentes especialidades existentes na instituição, bem como a relação hierárquica entre os diferentes profissionais.

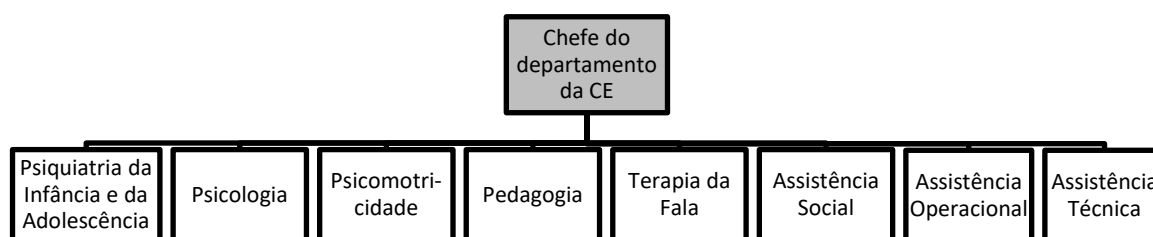


Ilustração 2 - Organização e Especialidades da Equipe da CE

Como representado, a CE tem um chefe de departamento, que é médico pedopsiquiatra, e, abaixo dele, estão todos os outros profissionais da clínica dentro da sua área de formação. Esta organização horizontal baseia-se não em níveis hierárquicos, mas em departamentos, e favorece a comunicação entre a equipa, coloca todos os profissionais ao mesmo nível e procura ainda capacitá-los para tomarem diariamente decisões operacionais (Arcanjo, 2014). Posto isto, apresenta-se agora, de forma mais pormenorizada, a articulação da equipa.

Articulação da Equipa

De acordo com o Decreto-Lei n.º 35/99, artigo 11, alínea 3, “Os cuidados de saúde mental da criança e do adolescente são assegurados através de equipas multiprofissionais específicas, organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional, de acordo com a dimensão da população-alvo, e sob a responsabilidade de um psiquiatra da infância e da adolescência”.

O Manual da Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência frisa a importância da diferenciação dos profissionais dentro destas equipas, alegando a grande diversidade de apresentação dos quadros psicopatológicos durante a idade pediátrica. Isto porque, se por um lado cada faixa etária tem um conjunto de patologias específicas associadas, por outro lado os sintomas de uma mesma patologia manifestam-se de forma diferente ao longo das diferentes etapas do desenvolvimento. Para além disto, acresce ainda o facto de, por vezes, as comorbilidades exigirem o trabalho articulado entre a PIA e outras especialidades. Desta forma, o manual concluiu que o trabalho em equipa multidisciplinar vai facilitar o diagnóstico e a implementação de intervenções adequadas a cada indivíduo (CNSM e ACSS, 2011).

No caso particular da CE, a articulação da equipa é determinante na eficácia do serviço e começa com o pedido para uma primeira consulta. Quando chegam à CE, os pedidos de consulta são distribuídos pelos médicos de acordo com as áreas geográficas a que pertencem, uma vez que cada médico é diretamente responsável por uma parte da área

geográfica de atendimento da clínica (CHLC, 2013). Após a primeira consulta, é estabelecido um plano de cuidados e, de acordo com o mesmo, a criança pode ser encaminhada para uma observação ou para uma intervenção em outra especialidade não médica. Tanto na situação de observação como na de acompanhamento, o profissional deve comunicar os resultados e discutir o caso com o médico responsável pelo mesmo (CHLC, 2013).

Acerca desta comunicação, particularmente entre o pedopsiquiatra e o psicomotricista, Constant (2001, cit in Constant, 2007) aborda as dificuldades que frequentemente se fazem sentir pelo facto de a comunicação ser apenas verbal. O autor considera fundamental a correspondência, mas alega que os pedopsiquiatras não vivenciarem as sessões e estas terem de lhes ser narradas torna esta troca de informação pouco autêntica e fiável. Dar a conhecer o que realmente se passa em sessão está, muitas vezes, no limite das capacidades do profissional, pois a descrição já é de certo modo uma interpretação dos factos pelo técnico.

Na realidade considera-se que o que acontece na CE se assemelha ao descrito por Constant (2007) acerca da realidade francesa no contexto de saúde mental infantil: os pedopsiquiatras contam muito com a colaboração da equipa de psicomotricidade. Segundo o autor, algumas razões que o justificam são o facto de os médicos compreenderem o interesse teórico e prático da área, de esta ser uma terapia com poucas contraindicações, e até mesmo o facto de muitas crianças mais agitadas terem dificuldades em estar num gabinete médico ou de psicologia e se adaptarem melhor a um espaço maior, como é o caso de um ginásio de psicomotricidade.

Fortini e Tissot (1997, cit in Rivière, 2010) falam acerca da especificidade do papel da psicomotricidade numa equipa de saúde, referindo que esta reside na sua visão holística que permite reconhecer a importância do sofrimento expresso pelo corpo, abordando os sintomas numa perspetiva psicossomática.

Relativamente ao espaço e materiais disponíveis, a CE tem diversos consultórios que são utilizados, e muitos deles partilhados, pelos diferentes profissionais. A equipa de psicomotricidade dispõe de um gabinete, para consultas e entrevistas com os pais, e de uma sala terapêutica, onde são realizadas quase todas as sessões. A sala terapêutica está equipada com diversos materiais, como quadro, espelho, trampolim, piscina de bolas, arcos, colchões, e a sua utilidade e valor para a intervenção são descritos por Costa (2008). Uma vez que existiam três estagiárias de psicomotricidade e o professor João Costa, ocasionalmente eram também utilizados outros gabinetes, consoante a sua

disponibilidade, para permitir aumentar o número de consultas/ acompanhamentos. Encontram-se em anexo no CD imagens da sala terapêutica, na pasta “1. Sala de Psicomotricidade”.

Segue-se uma descrição acerca de como se processa a articulação da CE com a comunidade.

Articulação com a Comunidade

Segundo o Decreto-Lei 36/98 de 24 de julho, artigo 3º, alínea 1.a, “A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”.

Relativamente a esta articulação, é importante referir que tanto a UPI como a CE se encontram localizadas fora do edifício do HDE, com o objetivo de estarem mais próximas da comunidade para prestarem os seus serviços. No entanto, embora seja sempre valorizado o trabalho com as famílias e com as escolas, salienta-se que as diretrizes são diferentes consoante as idades dos indivíduos acompanhados. No acompanhamento de crianças até aos 4 anos, como é o caso da UPI, é dada primazia ao trabalho com os pais e ao apoio da função parental. Já quando é feito o acompanhamento de crianças em idade escolar, como na CE, prioriza-se o trabalho de colaboração com a escola (CNSM e ACSS, 2011).

De acordo com a DGS (2004) e a CNSM e ACSS (2011), os serviços de saúde mental da infância e da adolescência devem articular de forma próxima com serviços e especialidades afins. Os elementos da equipa devem ter tempos atribuídos para a articulação, sempre que se justifique, entre as equipas de PIA e os Cuidados de Saúde Primários ou a Psiquiatria Geral, no caso de perturbações mentais nos familiares próximos ou continuidade dos cuidados nos adolescentes com perturbação mental. Relativamente a outras estruturas da comunidade, espera-se a interface com organizações como é o caso dos serviços sociais, escolas e jardim-de-infância, equipas de intervenção precoce da infância, projetos de intervenção psicossocial, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e tribunais (CNSM e ACSS, 2011).

Na prática, num estudo acerca de uma clínica do serviço de pedopsiquiatria do HDE, Encarnação et al. (2011) falam acerca da intervenção comunitária e da importância que lhe é atribuída, destacando que é fulcral para uma melhor compreensão dos casos e para um acompanhamento mais adequado, que objetive a melhoria da adaptação entre a criança e

o seu envolvimento. Reid, Eddy, Fetrow e Stoolmiller (1999, cit in Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen e Schoenwald, 2001) acrescentam ainda que intervenções bem-sucedidas tendem a envolver uma ação em vários contextos, como por exemplo na sala de aula, em casa e junto dos pares.

Findada a apresentação da instituição, e com ela a Parte I: Enquadramento Teórico da Prática Profissional deste documento, relativa à componente de enquadramento teórico da prática profissional, começa-se de seguida a Parte II: Prática Profissional, onde se expõem aspetos relacionados com a prática profissional propriamente dita.

Parte II: Prática Profissional

Como foi previamente referido, exposta a grande parte dos aspetos teóricos, impõe-se agora a necessidade de dissertar acerca do trabalho prático desenvolvido pela estagiária na CE. Para isso, nesta segunda parte do relatório dedicada à prática profissional, abordam-se os Objetivos do trabalho da estagiária nesta instituição, e seguidamente fala-se acerca da Calendarização das Atividades e da Caracterização da População Atendida. Posteriormente, torna-se fundamental enquadrar de maneira mais profunda a Saúde Mental, associada à prática, nomeadamente abordar os manuais de diagnóstico utilizados, analisar mais profundamente duas patologias em particular (por constituírem os diagnósticos dos estudos de caso) e fazer ainda um pequeno parêntesis acerca da depressão materna e seu impacto na psicopatologia infantil.

Posto isto, apresentam-se os Instrumentos de Avaliação Utilizados pela estagiária, é feita uma breve alusão ao Grupo de Relaxação e são então expostos e debatidos os Estudos de Caso. Para terminar a exposição do trabalho da estagiária, apresentam-se as Dificuldades e Limitações que sentiu na CE e abordam-se ainda as Atividades Complementares de Formação da mesma durante este ano letivo.

Objetivos

No capítulo introdutório deste relatório foram explicitados os objetivos do RACP do Mestrado em Reabilitação Psicomotora e também os objetivos definidos para a estagiária ao nível da CE, nomeadamente no âmbito específico da intervenção em saúde mental infantojuvenil. Assim, na instituição de estágio, a aluna esteve envolvida em diferentes tarefas que podem ser divididas em três aspetos fundamentais, descritos nos parágrafos seguintes.

Em primeiro lugar, numa vertente mais prática e de intervenção, a estagiária deu primeiras consultas, fez avaliações, planos terapêuticos e acompanhamentos, e esteve envolvida no contacto com os pais e professores.

A nível interno, envolveu-se também em contactos diretos e regulares com os restantes profissionais, com uma grande componente de troca de informações, priorizando o trabalho em equipa como forma de aprendizagem e de maneira a melhorar o resultado das intervenções.

Para terminar, para além das intervenções e do trabalho em equipa, acresce-se ainda uma componente de aprendizagem teórica que foi conseguida pela participação semanal em reuniões na CE com sessões de leitura, e apresentação e discussão de casos clínicos. Nestas reuniões a estagiária contribuiu também com a apresentação de três trabalhos, descritos mais à frente no capítulo das Atividades Complementares de Formação.

De referir que estas funções foram desempenhadas desde o início do ano letivo, contudo o grau de exigência, autonomia e poder de decisão foi aumentando progressivamente. No final do ano letivo, a estagiária já se movimentava dentro da CE de forma quase independente, tendo apenas uma supervisão mais próxima quando solicitada pela mesma.

Posto isto, apresenta-se agora a calendarização das atividades realizadas na CE, entre as quais se encontra o horário semanal da estagiária e a planificação anual das avaliações, intervenções e apresentações.

Calendarização das Atividades

O estágio curricular teve lugar entre o dia 28 de setembro e o 28 de junho, com interrupções para férias na altura do Natal, Carnaval e Páscoa. O horário formal da estagiária no final do ano letivo encontra-se apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Horário semanal da estagiária

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
8h30 - 9h				Individual
9h – 9h30		Individual	Reunião de equipa da CE	Individual
9h30 – 10h				Grupo
10h – 10h30	Grupo	Grupo		Grupo
10h30 – 11h		Individual		Grupo
11h – 11h30		Grupo	Reunião da equipa de psicomotricidade da CE	Individual
11h30 – 12h				
12h – 12h30		Grupo de relaxação		Grupo
...				
16h – 19h				Reunião do núcleo de estágio FMH

O horário da estagiária na CE foi assim de segunda a quinta-feira, das 9:00 horas às 12:30 horas, perfazendo o total de 14 horas. Semanalmente eram realizadas 23 sessões pela

equipa de psicomotricidade e, tal como é observável pela Tabela 1, a estagiária participava em 13 dessas sessões, das quais 5 eram individuais e 8 eram de grupo. Estas eram apenas realizadas às segundas, terças e quintas-feiras de manhã, conforme o ilustrado na tabela.

As sessões tinham uma duração média de 30 minutos devido à escassez de recursos materiais e humanos, em concomitância com o número elevado de crianças acompanhadas pela equipa. Desta forma, para permitir dar resposta ao maior número de crianças possível, o tempo de sessão é inferior aos 50 minutos normalmente aconselhados (Costa, 2008). No entanto, segundo o mesmo autor, apesar de este tempo não poder ser aumentado, devido às restrições apresentadas, pode ser reduzido, em casos específicos, ou seja, o tempo de sessão pode ser inferior a 30 minutos quando se observa que a sessão está a perturbar a criança, a desorganizá-la ou que a agressividade está em crescente e incontrolável. Nestes casos é preferível terminar a sessão e ter uma sessão mais curta e mais estruturante do que uma mais longa e menos eficiente.

O horário da estagiária na CE foi então maioritariamente ocupado com primeiras consultas (não discriminadas na tabela), sessões e, à quarta-feira, com reuniões de equipa com os restantes profissionais da clínica e com o núcleo de estagiárias de psicomotricidade da mesma. Neste sentido, muitas vezes as 14 horas semanais eram insuficientes e a estagiária optava por alongar este horário, a fim de lhe permitir manter os registos em dia, elaborar relatórios ou tratar de outros aspetos burocráticos.

Ao longo de todo o ano, a estagiária participou ainda em reuniões semanais às quintas-feiras à tarde, na FMH, com o professor Rui Martins e os restantes estagiários de mestrado deste núcleo de estágio. De referir que, tanto as reuniões semanais na CE como as do núcleo de estágio, são abordadas mais à frente dentro do capítulo denominado Atividades Complementares de Formação.

Ao nível da planificação anual, é difícil delimitar no tempo as diferentes atividades da estagiária. Ainda assim, a Tabela 2 visa traduzir a forma como o trabalho se distribuiu ao longo do ano.

Tabela 2 - Cronograma anual da estagiária

	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Primeiras consultas									
Avaliações iniciais									
Intervenções									
Avaliações finais									
Apresentações na CE									
Apresentações na FMH									

Na tabela foram utilizados três tons de cinzento para representar a intensidade de cada uma das atividades em cada um dos meses. Relativamente ao volume de primeiras consultas, os meses de outubro, novembro e dezembro foram aqueles em que foram realizadas mais, uma vez que as consultas de reavaliação também são consideradas neste grupo. No entanto, a equipa de psicomotricidade continuou a dar primeiras consultas de janeiro a abril. À medida que eram feitas as primeiras consultas e consultas de reavaliação das crianças acompanhadas em anos letivos anteriores, eram também feitas as avaliações iniciais a fim de conhecer melhor cada caso e elaborar os planos terapêuticos. Assim, a maior afluência de casos para avaliação inicial ocorreu até ao mês de janeiro.

As intervenções começaram no mês de novembro, com crianças previamente avaliadas no mês de outubro, e terminaram em junho, altura em que foram concluídas as últimas avaliações finais. Desta forma o período em que a estagiária acompanhou mais crianças foi de janeiro a maio. Por outro lado, relativamente às avaliações finais, estas foram todas realizadas em maio e junho.

Para concluir, de referir que a estagiária apresentou trabalhos na CE nos meses de março e junho, sendo que neste último fez duas apresentações. Já ao nível das reuniões semanais na FMH, a estagiária apresentou trabalhos em novembro, dezembro, janeiro, fevereiro e maio. Todos estes trabalhos realizados encontram-se descritos mais à frente neste documento, no capítulo das Atividades Complementares de Formação.

Exposta a calendarização das atividades realizadas pela estagiária, segue-se a caracterização da população atendida pela mesma.

Caracterização da População Atendida

“Sou como o Hulk, umas vezes porto-me bem e outras vezes porto-me mal.
Quando tomo a medicação sou calminho e quando não tomo
não consigo parar quieto e sou agitado com o Hulk.
É como se eu fosse duas pessoas, a diferença é que eu lembro-me de tudo.”
(João, 2016)

Encarnação et al. (2011) realizaram um estudo, com dados de 2004 a 2007, numa clínica do HDE, onde investigaram a área de residência dos pacientes, os tempos de espera para a consulta, a origem do pedido, a prevalência de género, a idade média dos casos atendidos, a tipologia familiar e até os diagnósticos mais frequentes, com o intuito de melhorar os serviços prestados. No entanto, para além deste trabalho publicado, não foi encontrada mais nenhuma informação acerca da população atendida no serviço de PIA do HDE, e os autores expõem que a realidade pedopsiquiátrica em Portugal ainda não é convenientemente conhecida nem estudada. Assim, apresenta-se de seguida a caracterização da população atendida pela estagiária, procurando fazer a comparação com os dados estudados por Encarnação et al. (2011).

Durante o período de estágio, o número de crianças em acompanhamento pela equipa de psicomotricidade oscilou, devido ao facto de aparecerem continuamente novos pedidos de acompanhamento, mas também por sucederem algumas desistências da terapia. Assim, considera-se que foram acompanhadas 46 crianças semanalmente, uma vez que este foi o número de indivíduos em sessões semanais no final do ano letivo, no entanto este é um número meramente indicativo.

A respeito das situações de abandono da terapia, Hoagwood et al. (2001) referem que estas são situações comuns nos serviços de saúde mental e esclarecem que muitos casos comparecem em apenas uma ou duas sessões e outros abandonam a terapia antes da conclusão formal da mesma. As autoras salientam também que estas situações são ainda mais prováveis em casos de crianças em situação de pobreza, provenientes de grupos minoritários ou filhas de mãe solteiras, tal como se verifica no Caso 2.

Relativamente ao trabalho da estagiária em particular, esta esteve envolvida no acompanhamento direto a várias crianças. Apesar de este número também ter oscilado, no final do ano letivo a estagiária estava a acompanhar 31 indivíduos. Destes, 3 tinham sessões individuais, 26 tinham sessões de grupo e 2 eram acompanhados em sessões individuais e de grupo semanalmente, perfazendo um total de 13 sessões, como já foi referido no capítulo anterior. Em sessões individuais e com alguns grupos, a estagiária

realizava a sessão sozinha e, noutros grupos maiores, a sessão era realizada com uma coterapeuta, uma colega também estagiária de Reabilitação Psicomotora.

É importante referir que, apesar de em termos teóricos o estágio ser na CE, 5 das 31 crianças referidas anteriormente pertenciam à UPI, sendo que uma delas constitui um estudo de caso (Caso 1) apresentado mais à frente neste documento. Quanto à prevalência de cada género, a estagiária acompanhava 5 meninas e 26 meninos e, relativamente à idade, a criança mais nova acompanhada pela estagiária tinha 4 anos à data do início da intervenção e a mais velha tinha 12 anos. Segundo Encarnação et al. (2011), a média etária observada nos casos estudados foi de 9,89 anos, enquanto a média de idades dos casos acompanhados pela estagiária foi 7,54 anos. De uma forma geral as crianças vinham de um estrato socioeconómico baixo e 14 eram provenientes de famílias nucleares, 10 de famílias reconstruídas e 7 de famílias monoparentais.

Ainda no âmbito da faixa etária, Strecht (1995) aponta que o equilíbrio afetivo e emocional são fundamentais para que exista um desenvolvimento adequado na escola e que, por consequência, é frequente que a fase de entrada na escola primária faça emergir questões até aí camufladas. É comum nesta fase manifestarem-se problemas de aprendizagem, concentração e agitação, até aí escondidos por detrás de uma aparente normalidade, que levam à procura de ajuda (Strecht, 1995). Quanto à sua experiência na CE, a estagiária pôde constatar que efetivamente chegam muitos pedidos para primeiras consultas de crianças após a entrada no primeiro ciclo, muitas delas referenciadas pelos professores.

A respeito dos diagnósticos, a maior parte das crianças apresentava sintomas que se enquadram dentro das perturbações do neurodesenvolvimento, como é o caso das Dificuldades Intelectuais, Perturbações de Comunicação, Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Dificuldades de Aprendizagem Específicas. No caso dos rapazes acompanhados, os diagnósticos mais prevalentes eram PHDA e Perturbação de Ansiedade e, relativamente ao sexo feminino, foram anotados mais casos de PHDA e Mutismo Seletivo. De evidenciar ainda que estes dados vão parcialmente ao encontro dos achados de Encarnação et al. (2011), bem como a constatação de que vários casos seguidos não possuem diagnóstico. Considera-se que esta situação, concomitantemente com a falta de informação anamnésica em alguns processos, condicionou a pesquisa de bibliografia e de orientações terapêuticas, apesar de não impossibilitar o trabalho da estagiária.

Acredita-se que, após uma avaliação e discussão do caso entre a equipa de psicomotricidade e com os restantes profissionais envolvidos, todos os casos foram

acompanhados adequadamente sem que fosse preponderante a atribuição de um diagnóstico. Esta crença é suportada por um estudo de follow-up de Rapazote et al. (s/d), realizado com pacientes da UPI, que conclui que a evolução das crianças é independente da presença de diagnóstico.

Acerca dos contextos, é de salientar que a população atendida não se restringiu às crianças, e que o trabalho com as famílias e com as escolas foi também fundamental. Até porque, tal como Strecht (1995) sublinha, a família e a escola são contextos mais naturais e saudáveis do que o ambiente psiquiátrico e, por isso, é nesses locais que a saúde mental deve ser promovida. Neste sentido, considera-se que, de uma forma mais abrangente, a população atendida pela estagiária incluiu também a família e a escola das crianças, uma vez que a aluna esteve sempre disponível para dialogar e para ajudar em tudo o que lhe foi possível.

Para melhor estudar o indivíduo ou grupo, e melhor analisar as respostas e comportamentos da estagiária face aos mesmos, algumas sessões foram parcialmente filmadas com o intuito de formação. No entanto, antes de se proceder à recolha de imagens e som, foi obtido o consentimento informado dos pais/ encarregados de educação das crianças visadas. Um exemplar encontra-se em anexo, em CD, na pasta “2. Caracterização da População Atendida”. Dentro da mesma pasta encontram-se ainda exemplos de registos, relatórios e outros documentos descritos de seguida.

A nível interno, a estagiária fazia registos de caso para cada sessão e para cada criança, relatando o que tinha acontecido de forma sumária. Assim, os processos das crianças eram regularmente atualizados e mantidos em dia, de forma a que os registos de psicomotricidade pudessem ser consultados pelos restantes profissionais da CE, principalmente pelos pedopsiquiatras responsáveis pelos casos.

A maior parte dos casos que eram encaminhados para a equipa eram avaliados e seguidos até ao final do ano letivo. Nestes casos, em junho era elaborado um relatório final, onde constavam uma breve anamnese, avaliação inicial, intervenção, assiduidade e pontualidade, avaliação final e conclusão, com indicação para alta ou para a continuação do acompanhamento. Não obstante, alguns casos eram encaminhados pelo pedopsiquiatra para psicomotricidade apenas para serem avaliados, sem o intuito de seguirem para intervenção nesta área. Nestes casos era elaborado um relatório de avaliação para o médico com as conclusões da equipa.

Para além disto, até ao mês de janeiro, a estagiária efetuava registos para o professor João Costa. O orientador solicitava às estagiárias a entrega destes documentos, relativos a cada

sessão (individual ou de grupo), por e-mail no final de cada semana. Estes eram revistos pelo mesmo e serviam para treinar o olhar clínico das alunas acerca do que acontecia durante as intervenções.

Em situações pontuais foram também pedidos relatórios para a escola, principalmente para a justificação de faltas ou para fundamentar a colocação da criança ao abrigo do Decreto-Lei nº. 3/2008. E, num caso em particular, foi solicitado um parecer da equipa para entregar no tribunal.

Após a caracterização da população acompanhada pela estagiária ao longo do ano letivo, segue-se um capítulo relativo à saúde mental. Apesar de este tópico já ter sido abordado na Parte I: Enquadramento Teórico da Prática Profissional deste relatório, neste próximo capítulo procura-se abordar o tema associando-o intimamente à prática da estagiária.

Saúde Mental

Neste capítulo é feita uma revisão bibliográfica de alguns elementos teóricos a ter em conta na prática clínica da estagiária, ou seja, aspetos que a mesma teve de investigar e conhecer para poder acompanhar os casos da melhor forma possível.

Começa por se expor um subcapítulo sobre os Manuais de Diagnóstico com os quais a estagiária teve contacto. O subcapítulo seguinte diz respeito à Psicopatologia Infantojuvenil. A Psicopatologia Infantojuvenil e aí é apresentada literatura sobre as patologias diagnosticadas nos estudos de caso da estagiária. Por último, apresentam-se alguns estudos e considerações sobre a Depressão Materna, cuja pertinência se prende com o facto de ser uma situação comum a muitos casos acompanhados, inclusivamente aos dois estudos de caso apresentados mais à frente.

Os Manuais de Diagnóstico

A APA (2014) adverte que as perturbações mentais nem sempre se encaixam de forma perfeita nos critérios de diagnóstico apresentados para uma patologia, mas sublinha também a importância dos diagnósticos para, entre outras coisas, determinar o prognóstico e guiar o tratamento. No entanto, muitos clínicos, particularmente os que têm uma formação psicanalítica, como é o caso de uma parte dos profissionais da CE e da UPI, não apoiam a utilização de sistemas de classificação diagnóstica em saúde mental infantil (Gonçalves e Silva, 2003). Assim, paralelamente ao diagnóstico sindromático, com base em sistemas de classificação, a área de pedopsiquiatria do HDE utiliza também o diagnóstico estrutural, baseado na psicodinâmica (Encarnação et al., 2011).

Gonçalves e Silva (2003) baseiam-se na sua experiência com a psicopatologia da primeira infância e concluem que a utilização de um sistema diagnóstico adequado à população atendida é fundamental para permitir a sistematização de dados clínicos e, assim, a comunicação entre técnicos e a utilização da experiência dos mesmos de forma mais generalizada. Adicionalmente, a utilização de um manual de diagnóstico acrescenta ainda consistência ao trabalho desenvolvido ao alargar conhecimentos e proporcionar novas perspectivas clínicas (Gonçalves e Silva, 2003).

Neste sentido, de seguida apresentam-se os dois manuais de diagnóstico utilizados na UPI e na CE, respetivamente o *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition* (DC 0-3R) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition* (DSM 5). A estagiária utilizou os manuais para consulta e para melhor compreender os casos clínicos e respetivos sintomas e diagnósticos, bem como para pesquisar orientações para a terapêutica.

De referir ainda que a estagiária se baseou também no artigo “A Psychodynamic Guide for Essential Treatment Planning”, de Trimboli e Farr (2000). Este foi utilizado para entender melhor os diagnósticos psicodinâmicos feitos pelos médicos e procurar aprofundar o conhecimento acerca das organizações do ego, no entanto não será dada tanta importância a estes diagnósticos neste relatório.

DC 0-3R

Segundo Gonçalves e Silva (2003), inicialmente a UPI procurou acompanhar e tratar crianças sem recurso a diagnósticos, mas a determinado momento tornou-se importante encontrar um sistema de classificação adequado para justificar a existência do próprio serviço especializado. Os autores referem que foram equacionadas várias hipóteses, entre elas o DSM, que na altura pareciam desadequadas por se focarem apenas em determinadas perturbações, ou por não se ajustarem nem terem em conta as particularidades da faixa etária atendida neste serviço. Finalmente acabou por ser adotado o DC 0-3, por este abranger de maneira completa e equilibrada as perturbações psicopatológicas da primeira infância e por introduzir noções novas e consideradas úteis e necessárias à prática clínica.

O DC 0-3 foi criado para complementar abordagens previamente existentes para a classificação diagnóstica das doenças mentais e perturbações do desenvolvimento na infância e foi publicado em 1994. Em 2005 foi lançado o DC 0-3R, versão revista do manual anterior. Este manual é utilizado para crianças até aos 3 anos e tem como princípio a

utilização de um sistema multiaxial (5 eixos) para a compreensão holística da perturbação da criança (ZERO TO THREE, 2005).

O eixo I é referente à perturbação clínica da criança, isto é, ao diagnóstico primário. O II permite avaliar a dinâmica da relação, principalmente a qualidade da relação mãe-criança. Já o eixo III explicita condições médicas e perturbações desenvolvimentais, o IV refere-se aos stresses psicossociais e o V é onde é descrito o funcionamento emocional e social da criança em questão (ZERO TO THREE, 2005).

No caso concreto do trabalho na UPI, Gonçalves e Silva (2003) salientam a importância do sistema multiaxial, principalmente no que diz respeito à separação mais clara entre a perturbação da criança (Eixo I) e a perturbação da relação (Eixo II) e afirmam as mais-valias de cada um dos eixos, até para efeitos de intervenção. No entanto, acerca da intervenção psicomotora, particularmente nos diagnósticos de autismo e psicoses infantis, Boutinaud (2007) alerta que a divisão dos sintomas em categorias, cada uma com a necessidade de uma intervenção específica, condiciona muitas vezes a visão do indivíduo de uma forma holística e leva à perda da visão geral do problema.

DSM 5

Desde 1844, a APA tem publicado sistemas que visam contribuir para o estudo e classificação dos problemas de saúde mental. Foram lançadas diversas edições até à mais recente, o DSM 5, publicado em 2014 (APA, 2014) e utilizado na CE.

O DSM 5 é um manual que visa, tal como as edições anteriores, fornecer diretrizes aos profissionais para a formulação de diagnósticos no âmbito da saúde mental, mas também orientar os mesmos para o estabelecimento de um plano terapêutico adequado ao paciente. Ao contrário das edições anteriores e do DC 0-3R, esta 5ª edição não utiliza o sistema multiaxial de 5 eixos, tendo fundido os três primeiros e mantendo o quarto e o quinto separados (APA, 2014).

O manual está dividido em grandes grupos de perturbações, que depois se dividem em diferentes capítulos e se especificam ainda em subcapítulos. Para exemplificar, há o grupo das Perturbações do Neurodesenvolvimento, que tem um capítulo denominado Perturbação da Comunicação e, dentro deste, encontram-se vários diagnósticos, entre eles a Perturbação da Linguagem. No âmbito de cada perturbação, para além dos critérios de diagnóstico, é possível encontrar a prevalência, fatores de risco e prognóstico, diagnóstico diferencial e comorbilidades, entre outros aspetos de interesse (APA, 2014).

Relativamente à faixa etária, este manual pode ser utilizado para a elaboração de diagnósticos tanto na infância como na adolescência e idade adulta e a organização do mesmo reflete este ciclo vital, começando pelas perturbações mais frequentes em idades mais precoces e terminando com problemas típicos de idades mais avançadas. Para além disto, o manual tem também em conta questões relativas à cultura e ao género (APA, 2014).

Segue-se agora um subcapítulo que procura expor aspetos relacionados com algumas psicopatologias com as quais a estagiária teve contacto durante este ano letivo.

A Psicopatologia Infantojuvenil

Anteriormente, no capítulo acerca da Saúde Mental na Parte I deste documento, foram expostos alguns pontos relativos às perturbações mentais em crianças e adolescentes, no entanto propõem-se agora aprofundar esta temática, esclarecendo em termos teóricos alguns diagnósticos.

Almeida (2005) afirma que tentar esconder o sintoma pelo qual a criança se exprime pode aumentar as tensões e angústias do indivíduo, levar à transferência das mesmas para outro sintoma ou até conduzir ao aparecimento de problemas psicossomáticos. Neste sentido, considera-se fundamental analisar os sintomas de cada caso, valorizá-los e tentar compreendê-los, sob pena de os ignorar e permitir que uma perturbação mais grave se instale. É então fundamental que os profissionais conheçam os sinais e sintomas, os diagnósticos e as intervenções mais adequadas, mas que ainda assim se questionem e procurem sempre mais informação.

Por questões de espaço no relatório, e por se querer tratar as patologias seguintes com alguma profundidade, não serão abordadas todas as perturbações acompanhadas pela estagiária. Seguidamente, exploram-se apenas os diagnósticos relativos aos dois estudos de caso apresentados mais à frente. De salientar ainda que o propósito dos subcapítulos seguintes não é descrever exaustivamente as patologias e sintomas, mas sim definir as primeiras de forma sumária, e dar enfoque à literatura disponível sobre a avaliação e intervenção nas mesmas.

Perturbação de Vinculação

Apesar de o estudo de caso 1 estar diagnosticado com Perturbação de Carência/ Maus-Tratos no eixo I, por definição esta perturbação leva a dificuldades na vinculação (Hanson e Spratt, 2000), designadamente ao nível do eixo II, tal como se observa neste caso. Assim,

aborda-se superficialmente o primeiro diagnóstico e, posteriormente, é enfatizado o estudo da Perturbação de Vinculação.

No passado a Perturbação de Carência/ Maus-Tratos era associada a crianças institucionalizadas, sem um cuidador primário fixo e por isso sem uma figura de vinculação preferencial. No entanto, atualmente, segundo o DC 0-3R, este é um diagnóstico utilizado em casos de negligência parental, abusos físicos e/ou abusos psicológicos, e pode ocorrer na população em geral. Em casos com esta perturbação, a criança tem pouca oportunidade de formar vínculos seletivos, devido à mudança frequente de cuidadores primários ou à falta de disponibilidade do mesmo. Contudo, pode também ocorrer os pais serem muito negligentes por depressão ou dependência de substâncias. Desta forma, a criança nunca ou raramente procura uma figura preferencial em busca de conforto, proteção e apoio (ZERO TO THREE, 2005; Minnis et al., 2007).

Dentro desta psicopatologia, existem 3 padrões comportamentais: (a) padrão de retração ou inibição emocional, (b) padrão de desinibição ou construção indiscriminada de vínculos, e (c) padrão misto (quando se verificam 2 ou mais critérios de ambos os padrões anteriores). Uma vez que estes padrões se encontram num *continuum* com a normalidade, já que há crianças naturalmente mais inibidas ou desinibidas do que outras, é fundamental a recolha de mais informação clínica para evitar as respostas falso positivas. Antes de estabelecer este diagnóstico, o médico deve também considerar os critérios de exclusão, nomeadamente eliminar a possibilidade de PEA, cujos sintomas são muitas vezes idênticos. De referir ainda que o momento de manifestação dos sintomas pode não ser o momento de privação dos cuidadores e, por vezes, este diagnóstico surge associado a falhas no crescimento (ZERO TO THREE, 2005; Minnis et al., 2007).

Relativamente à intervenção nestes casos, Carr (2000, cit in Hoagwood et al., 2001) aponta que as terapias que incluem o trabalho com as famílias de crianças que sofrem de abusos físicos e negligência demonstram eficácia. Ainda assim, a estagiária não investigou aprofundadamente as melhores opções de tratamento nestes casos, uma vez que o seu trabalho se focou fundamentalmente nas dificuldades que advêm dos problemas de vinculação da criança.

Bowlby e Ainsworth foram os precursores da teoria da vinculação. Por um lado, Bowlby estudou a relação entre a ligação/vinculação da criança à mãe e o desenvolvimento da personalidade da primeira. Por outro, Ainsworth concebeu e conduziu experiências que permitiram testar as ideias de Bowlby e desenvolveu o conceito de figura de vinculação enquanto base segura para a exploração do meio (Bretherton, 1992).

Belsky, Garduque e Hrncir (1984, cit in Figueiredo et al., 2015) referem que as crianças avaliadas como seguras em termos de vinculação, exploram mais e melhor o meio e fazem melhor uso das suas competências cognitivas no brincar do que as crianças classificadas como inseguras. Figueiredo et al. (2015) afirmam que crianças que se demonstram menos seguras e mais restritas ou inapropriadas de um ponto de vista emocional, e que retratam as figuras de vinculação como ausentes ou pouco responsivas, tendem a apresentar um maior número de comportamentos associados ao jogo isolado e disruptivo e mais défices ao nível do jogo interativo com os pares.

Ainda assim, é importante ressaltar que dificuldades na vinculação não são sinónimo de uma perturbação de vinculação, e que há um abuso deste diagnóstico em casos de maus-tratos, devido à lista de sintomas para o diagnóstico ser inespecífica (Hanson e Spratt, 2000). Por outro lado, alguns sintomas típicos desta psicopatologia e que não constam nesta lista são atrasos no desenvolvimento motor, padrões de aquisição de linguagem atípicos, dificuldades na aquisição de capacidades de auto-cuidado, dificuldades na atenção e concentração, labilidade emocional, agressividade, impulsividade e tendência para comportamentos de oposição (Richters e Wolkmar, 1994).

Muitas crianças incluídas neste diagnóstico apresentam ainda características típicas de outras perturbações, no entanto têm mais competências sociais do que indivíduos com PEA e mostram mais alterações comportamentais do que sujeitos com uma Perturbação da Linguagem. Assim, estas dificuldades parecem advir de perturbações no desenvolvimento socioemocional, ao invés de alterações neurobiológicas como nos casos de PEA. Todavia muitos destes indivíduos são diagnosticados com mais do que uma perturbação para colmatar a falta de especificidade dos critérios (Richters e Wolkmar, 1994).

Minnis et al. (2007) referem que as perturbações de vinculação podem ser diferenciadas de problemas de conduta, dificuldades emocionais ou hiperatividade, e que a etiologia desta patologia parece estar associada a fatores envolvimentoais e genéticos, estes últimos particularmente expressivos em rapazes. De acordo com os mesmos autores, em contexto de maus-tratos, o temperamento da própria criança pode aumentar o risco de dificuldades de vinculação.

Relativamente à prática clínica, o número de diagnósticos parece estar a crescer e por isso emergem novas técnicas de tratamento sem provas de eficácia. Assim, sublinha-se a importância de uma avaliação completa, consistente entre os diferentes investigadores e profissionais, para que surjam progressos significativos com o tratamento. É ainda sugerida

a utilização de alguns métodos, particularmente a observação e entrevista, e o cruzamento de informação de diferentes fontes (Hanson e Spratt, 2000; O'Connor e Zeanah, 2003).

No âmbito da intervenção, O'Connor e Zeanah (2003) fazem uma revisão acerca dos tratamentos mais comumente utilizados, como a intervenção baseada na vinculação, a terapia do “holding” e a intervenção com a família, e apontam apenas a última como aconselhável. Os autores acrescentam que os tratamentos devem abordar diferentes dificuldades e aspetos da vida da criança e que métodos coercivos devem ser evitados. O papel do terapeuta pode ser o de se constituir como uma base segura a partir da qual o sujeito vai explorar e reorganizar os seus modelos internos de interação e, em última análise, a sua personalidade (Bretherton, 1992). Hanson e Spratt (2000) aconselham que as intervenções se baseiem nos métodos que se provaram eficazes em situações com sintomas comportamentais semelhantes, como no caso de crianças negligenciadas. Quanto ao prognóstico, Richters e Wolkmar (1994) referem que estas crianças são, normalmente, bastante responsivas ao tratamento.

Quanto à intervenção psicomotora, nada foi encontrado em relação a este diagnóstico especificamente. No entanto, procurando refletir acerca das características destas crianças e de como esta terapia pode ser benéfica, sabe-se que esta é uma psicopatologia que surge em fases muito precoces do desenvolvimento, por falhas básicas nas relações interativas no primeiro ano de vida, que comprometem as etapas evolutivas da criança, como o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional. Estas lacunas originam frequentemente funcionamentos “sem limite”, ou seja, sem individuação entre sujeito e objeto, que ficam impressas a nível corporal. Em casos de carência, desinvestimento ou distorção de experiências, podem existir dificuldades psicomotoras e este sentimento de si, relacionado com a construção da imagem do corpo, pode estar alterado. Nestas situações, em que existe a expressão de alguns sinais através do corpo, a atuação do psicomotricista é fundamentada e pode ser uma mais-valia (Strecht, 1995; Almeida, 2005; Boscaini e Saint-Cast, 2010; Ruget, 2011).

A respeito da intervenção psicomotora baseada na contenção para promover o estabelecimento dos limites corporais, Ruget (2011) fala acerca do trabalho corporal e relacional que desenvolveu no sentido de promover um sentimento de continuidade, de unidade corporal e psíquica. Esta contenção “transporta” a criança para fases precoces da sua vida e visa constituir-se como um elemento reparador e estabelecedor dos limites corporais.

Boscaini (2004) salienta que a consciência e coesão psicocorporal são conseguidas não só por uma componente psicotónica, relacionada com a vivência, como com uma componente psicomotora, relacionada com a ação, o pensamento e a linguagem verbal. Desta forma as sessões de psicomotricidade nestes casos devem sempre ser conduzidas de forma a promover ambas as componentes e trabalhar aspetos motores, cognitivos, linguísticos e emocionais. O autor defende ainda que estes quatro aspetos se manifestam através de sintomas psicomotores observáveis e enumera como exemplos os sete fatores psicomotores de Vítor da Fonseca, entre outros.

De referir que mais à frente, no capítulo acerca da Depressão Materna, este tema volta a ser abordado, mas desta vez sobre a perspetiva da psicopatologia na mãe.

Perturbação de Stresse Pós-traumático

De acordo com o DSM 5, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) encontra-se dentro das Perturbações Relacionadas com o Trauma e Fatores de Stresse e os seus critérios de diagnóstico são diferentes para indivíduos com menos de 6 anos ou com mais. O diagnóstico de PSPT antes dos 6 anos ocorre quando a criança (1) experienciou diretamente a situação traumática, (2) foi testemunha da mesma (principalmente no caso das vítimas diretas serem os cuidadores) ou (3) tomou conhecimento de que algo traumático aconteceu aos pais ou aos cuidadores. Depois dos 6 anos o critério (1) permanece válido, o (2) não se refere apenas aos cuidadores mas é extensível a outras pessoas e o (3) é relativo a familiares e amigos próximos. Acresce ainda o critério de experienciar uma exposição repetida ou extrema a detalhes desagradáveis do evento traumático (APA, 2014).

Segundo o DSM 5, alguns dos critérios para o diagnóstico são lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento, sonhos relacionados com o mesmo, sofrimento psicológico e reações fisiológicas que simbolizem ou se relacionem com a situação traumática. São também comuns reações dissociativas como despersonalização (sentir-se separado ou observador externo aos processos mentais ou do corpo) e desrealização (experiências persistentes de irrealidade do ambiente onde se encontra). Outros critérios são a evitação persistente de estímulos relacionados com o trauma, como recordações ou lembranças externas (pessoas, lugares, objetos), alterações negativas em cognições e no humor, e mudanças na excitação e reatividade, que devem começar ou piorar a partir do momento em que ocorre o trauma. Para se estabelecer o diagnóstico estes sintomas devem persistir há mais de um mês (APA, 2014).

A PSPT pode ocorrer em qualquer idade e, como características associadas ao diagnóstico, pode haver regressão do desenvolvimento (no caso de crianças), pseudo-alucinações, dificuldades na regulação de emoções e na manutenção de relações interpessoais estáveis. Relativamente à comorbidade, indivíduos com este diagnóstico são 80% mais propensos a satisfazerem os critérios de pelo menos mais uma perturbação mental, comparativamente a sujeitos sem esta patologia (APA, 2014). McCarthy (2001) refere também que o normal é que esta patologia não apareça sozinha e acrescenta que o diagnóstico que aparece mais frequentemente associado a ela é a depressão major.

Para este relatório, a PSPT deve ser pensada em relação com as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), uma vez que o estudo de caso 2 apresenta ambos os diagnósticos. Assim, apresenta-se uma revisão acerca desta comorbidade.

Para começar, define-se por DID uma condição que aparece durante a infância ou adolescência do indivíduo e que se caracteriza por dificuldades intelectuais comprovadas por testes padronizados e por défices na capacidade de adaptação transversais a todos os seus contextos. Este diagnóstico está integrado dentro das perturbações do neurodesenvolvimento e por isso implica que as dificuldades tenham surgido durante o período de desenvolvimento do indivíduo (APA, 2014).

Num capítulo acerca da relação entre a DID e a PSPT, Tomasulo e Razza (2007) esclarecem que, em indivíduos com DID, as dificuldades desenvolvimentais dificultam frequentemente a atribuição de um diagnóstico, dada a dificuldade em determinar quais são os elementos stressores e em compreender a manifestação sintomática.

Parece haver um maior risco de PSPT nesta população, mas a etiologia não difere em indivíduos com e sem dificuldades intelectuais, salvaguardando que os sintomas se podem manifestar de forma diferente em função do nível de desenvolvimento. Uma razão justificativa para este acréscimo no risco são as próprias dificuldades cognitivas e emocionais, mas os internamentos hospitalares por problemas médicos muitas vezes associados à DID e a autoperceção das dificuldades também podem contribuir para o aparecimento de sintomas de trauma. Os sujeitos tendem ainda a ter uma maior dificuldade em interpretar a experiência e por isso desencadear esta resposta aguda (Hollins e Sinason, 2000; McCarthy, 2001; Tomasulo e Razza, 2007; Focht-New, Clements, Barol, Faulkner e Perkala, 2008).

Em indivíduos com DID, é comum as manifestações sintomáticas como as ilusões e os *flashbacks* serem confundidas com os sintomas de uma perturbação psicótica, uma vez que podem aparecer de forma alterada (Tomasulo e Razza, 2007). Assim, os indivíduos

com DID devem ser avaliados tendo sempre em conta os seus comprometimentos cognitivos e de desenvolvimento, e considerando que estes dificultam a sua participação nos processos de avaliação em saúde mental (Hurley, Levitas, Lecavalier e Pary, 2007).

Fletcher, Loschen, Stavrakaki, e First (2007) definem *over-shadowing* como a tendência dos profissionais para ignorarem a psicopatologia por considerarem que os sintomas comportamentais são justificados pelo diagnóstico de DID, e referem que é um fenómeno que é comum acontecer nestas situações. Desta forma, sabe-se que há muitas vezes a tendência para atribuir a causa dos problemas emocionais às dificuldades intelectuais e não a um estado ou necessidade emocional, e por isso estes problemas são muitas vezes ignorados (Hollins e Sinason, 2000; Tomasulo e Razza, 2007).

Neste âmbito, McCarthy (2001) clarifica que pessoas com dificuldades ligeiras podem ser capazes de falar acerca dos seus sintomas e que indivíduos com dificuldades moderadas, por vezes, conseguem mostrar que evitam determinadas situações relacionadas ou que lhes façam recordar o trauma. A autora salienta que é importante que a avaliação seja feita com uma pessoa que conhecia o sujeito antes do trauma para perceber o que é sintoma do trauma e o que já era típico no indivíduo, por exemplo os problemas de sono.

McCarthy (2001) baseia-se nos sintomas mais comuns da PSPT e define a forma como cada um deles pode aparecer com algumas alterações nos sujeitos com dificuldades de aprendizagem. Isola assim sete sintomas da psicopatologia nesta população: agressão, comportamento disruptivo ou desviante, autoagressão, agitação/nervosismo, distratibilidade, problemas no sono e humor depressivo.

Acerca do tratamento, McCarthy (2001) afirma que as intervenções utilizadas na PSPT são as mesmas para sujeitos com e sem dificuldades intelectuais. Turner, McFarlane e Van der Kolk (1996) referem que em primeiro lugar a terapêutica se deve focar na estabilização, isto é, no controlo e domínio das reações de stresse fisiológicas e biológicas. Seguidamente é fundamental ajudar o indivíduo a processar a experiência traumática e a aceitá-la, e neste campo inclui-se todas as dimensões do indivíduo que possam ter sido afetadas pela mesma, tais como a emocional, somatossensorial, biológica e cognitiva. Por último, deve atuar-se ao nível da promoção da reintegração do indivíduo na sua vida quotidiana, tanto a nível pessoal como das suas relações interpessoais, e neste sentido a intervenção em grupo pode ser uma mais-valia.

Através de uma revisão de literatura a respeito da intervenção em indivíduos com estes dois diagnósticos, Mevissen e Jongh (2010) destacam a abordagem ao envolvimento do sujeito, a farmacoterapia e a psicoterapia. Contudo não há métodos empíricos para o

tratamento nestes casos, apesar de alguns estudos recentes sugerirem efeitos positivos (Mevisen e Jongh, 2010; Cohen, Mannarino e Rogal, 2001). Hoagwood et al. (2001) acrescentam que, na sua revisão bibliográfica, não foram encontrados estudos que demonstrassem que as intervenções psicossociais são realmente eficazes em casos de PSPT.

Ainda assim, Focht-New et al. (2008) consideram que é importante o trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar e o envolvimento da família no tratamento. A mudança de alguns elementos no contexto pode ajudar neste processo, com a eliminação ou diminuição de aspetos que possam ser desestabilizadores, uma vez que estes indivíduos têm uma menor capacidade para evitar situações stressantes e traumáticas. É ainda frisada a importância dos pais e outros elementos de apoio, nomeadamente pela sua reação emocional aos eventos e pelo apoio disponibilizado à criança (Hollins e Sinason, 2000; McCarthy, 2001; Ryan, 2000, cit in Mevisen e Jongh, 2010).

A respeito da farmacoterapia, Focht-New et al. (2008) apontam a dificuldade em medicar indivíduos com ambos os diagnósticos e salientam o valor das queixas e tipo de sintomas manifestados (que podem ser muito diferentes) na adequação da prescrição. Já Hollins e Sinason (2000) evidenciam a dificuldade em utilizar outras terapias devido às dificuldades de comunicação verbal destes indivíduos e sublinham que a oferta de terapias psicológicas é ainda escassa e pouco estudada quanto aos seus efeitos.

Já quanto à psicoterapia, através de uma revisão de literatura é possível compreender que atualmente há estudos no âmbito das terapias EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular), cognitivo-comportamental e psicodinâmica com pacientes com DID e PSPT (Mevisen e Jongh, 2010). Os autores concluem que o tratamento nestes casos parece ser complexo, mas que, no caso das crianças, o EMDR apresenta resultados promissores, ao contrário da psicanálise que embora muito utilizada não apresenta provas empíricas da sua eficácia.

Num estudo americano acerca das práticas terapêuticas utilizadas no tratamento de PSPT em crianças, Cohen et al. (2001) concluem que os médicos parecem preferir a farmacoterapia e abordagens psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais. Por outro lado, os profissionais não-médicos elegem a terapia cognitivo-comportamental, a intervenção com a família e o jogo não diretivo como as terapias em que mais acreditam.

Quanto às terapias não-verbais utilizadas em vítimas de trauma, Wilson e Drozdek (2004) salientam a psicomotricidade, a psicoterapia corporal, a arteterapia e a musicoterapia e definem-nas como não-tradicionais. No capítulo dedicado à intervenção psicomotora,

Winter e Drozdek (2004) mencionam que esta pode ter efeitos terapêuticos significativos e que pode também ser conjugada com outras intervenções. Destacam que esta é uma terapia que age como veículo para a psicoterapia, a partir da utilização de experiências corporais e de movimento, salientando que muitas características do paciente podem ser apreendidas pela observação das emoções, movimentos, intensidade da atividade e níveis de energia.

Paone e Maldonado (2008) aconselham a utilização do jogo como estratégia no tratamento de casos de trauma, e referem que promove o autocontrole, facilita a verbalização e concede um espaço seguro necessário à criança para reelaborar os eventos traumáticos, por se tratar de uma abordagem não-diretiva. Os autores expõem ainda a importância do *feedback* positivo para o aumento da autoestima e diminuição dos comportamentos desadequados, e afirmam que a terapia do jogo promove o estabelecimento de limites, o sentido de segurança e adaptação, e a resiliência na criança.

De uma forma geral conclui-se que, devido à falta de evidência científica, não há consenso acerca do melhor tratamento para a PSPT em crianças e, por isso, a indicação terapêutica é subjetiva e dependente de cada profissional (Cohen et al., 2001).

Apesar de a CE se focar nos serviços às crianças, como já foi referido anteriormente, não é possível conceber a psicopatologia da infância e adolescência sem a enquadrar num envolvimento social e familiar. Neste contexto, ao longo do ano letivo, a estagiária constatou que, em muitos dos casos que acompanhou, a depressão materna estava associada ao passado ou ao presente da história de vida das crianças. Desta forma, sentiu-se a necessidade de aprofundar um pouco mais os conhecimentos sobre este assunto e fez-se uma revisão de literatura sobre os efeitos que esta patologia pode ter na saúde mental infantil.

A Depressão Materna

Strecht (2002) refere que em clínica é comum receber crianças, frequentemente filhas de mãe deprimidas, que experienciam sentimentos de perda e abandono, que crescem em ambientes tóxicos que comprometem o seu desenvolvimento emocional. Empregando as palavras do autor, a criança “cresce vazia”, o que pode levar à sua desistência de viver e à adoção de posturas violentas, dependências e comportamentos marginais.

A respeito do desenvolvimento infantil, Winnicott (1960) afirma que a criança não existe sozinha e reforça o papel do envolvimento, particularmente da mãe, nos primeiros tempos de vida. O autor refere que nesta fase as necessidades fisiológicas e psicológicas da

criança ainda não estão diferenciadas e, assim, a função da mãe não passa apenas por algo mecânico, como a alimentação, mas também implica o *holding*, conceito associado ao colo materno e à empatia. Vecchiato (1989) acrescenta que as primeiras formas de comunicação da criança são através da relação corporal com a mãe, e que é a troca de tensões tónicas que permite o reconhecimento de si mesmo e dos seus limites corporais.

De uma forma geral, Winnicott (1960) distingue uma mãe suficientemente boa (*good enough*) de uma mãe que não o é, referindo que a primeira tende a promover o desenvolvimento infantil e a segunda pode contribuir para o aparecimento de vicissitudes no seu crescimento. Ainda assim, o autor salienta que é normal a qualidade dos cuidados maternos precoces variarem conforme a progenitora, e que um grande afastamento da norma é que constitui risco. Cummings e Davies (1994) especificam que, no caso de mães deprimidas, a responsividade e interações sociais estão diminuídas e que há menos disponibilidade emocional para com os filhos. Winnicott (1960) esclarece que há uma maior vulnerabilidade para o aparecimento de psicoses nestes casos de falhas na satisfação das necessidades básicas das crianças em fase muito precoces.

A bibliografia demonstra que, em bebés com mães deprimidas, o ritmo cardíaco fetal é mais alto quando exposto a stresse e a atividade fetal é também maior. Entre os possíveis mecanismos biológicos alterados estão a diminuição do fluxo sanguíneo ao feto, o aumento da exposição ao cortisol, alterações nos níveis de serotonina e modificações epigenéticas. Segundo os estudos, a exposição a grandes níveis de stresse materno pode desencadear problemas emocionais, sintomas de PHDA, dificuldades intelectuais e atrasos do desenvolvimento, estando este último caso particularmente relacionado com a depressão materna (Deave, Heron, Evans e Emond, 2008; Kinzella e Monk, 2009; Glover, 2013). Numa pesquisa acerca do impacto da depressão materna nos primeiros seis anos de vida, é constatada uma maior probabilidade da criança desenvolver uma psicopatologia, como é o caso de uma Perturbação de Ansiedade, Perturbação de Oposição e Desafio e PHDA (Apter-Levy, Feldmand, Vakart, Ebstein e Feldman, 2013).

Apter-Levy et al. (2013) referem que a criança pode apresentar menores níveis de oxitocina, que está implicada na vinculação, empatia e resposta ao medo, e menores níveis de empatia e participação social/ jogo. Carvalho e Ramires (2013), mediante uma revisão sistemática, asseguram que crianças filhas de mães deprimidas brincam com menor frequência, de forma inibida, ansiosa ou agressiva, e apresentam dificuldades no jogo simbólico.

Através de um estudo longitudinal, Barker, Copeland, Maughan, Jaffee e Uher (2012) concluíram que as crianças de mães deprimidas estão expostas não só à psicopatologia materna como também aos fatores de risco ambientais que condicionam a saúde mental das progenitoras. Por conseguinte, segundo os autores, por cada fator de risco a que as crianças estão expostas acresce pelo menos 20% o risco de aparecimento de perturbações relacionadas com a interiorização ou com a exteriorização. Cummings e Davies (1994) também abordam que o ambiente familiar, associado à depressão materna, aumenta o risco de ocorrência de uma psicopatologia nas crianças, e relacionam ainda a depressão parental com o temperamento difícil das crianças, referindo que estes aspetos parecem torná-las mais suscetíveis às características familiares negativas.

Ainda acerca dos fatores de risco, aspetos como o historial de abusos na infância e violência por parte do parceiro parecem condicionar a saúde mental materna, com o aparecimento de sintomas depressivos e stresse, e demonstram uma correlação positiva com o aparecimento de comportamentos exteriorizados em crianças de ambos os sexos (Miranda, Osa, Granero e Ezpeleta, 2013).

A assistência precoce da relação mãe-bebê parece ser a chave para a prevenção de problemas de saúde mental. No âmbito da prevenção primária, o rastreio e tratamento de circunstâncias familiares que possam favorecer o aparecimento de perturbações emocionais precoces, como é o caso das depressões maternas, é fundamental (Cummings e Davies, 1994; Branco M. E., 2013). Miranda et al. (2013) reforçam esta visão e sugerem a utilização de instrumentos que permitem avaliar a saúde mental materna no sentido de ajudar os profissionais de saúde mental infantil a formularem os planos de intervenção. Estes autores acrescentam ainda que os técnicos devem encorajar as mães a procurar ajuda e que podem também atuar no sentido de promover uma relação de vinculação mãe-criança mais saudável. Todavia, é importante ter em conta se o diagnóstico da mãe está correto, ou seja, se mãe apresenta um perfil mais depressivo ou mais ansioso, uma vez que os estilos parentais em ambos os casos são opostos (Apter-Levy et al., 2013).

Também no âmbito da intervenção, Barker et al. (2012) encontram indícios de que intervir na depressão materna provoca remissão dos sintomas da criança, mas normalmente não os elimina, e por isso salientam que é também importante atuar nos fatores de risco que envolvem a família. Os autores referem ainda que a relação entre a depressão materna e as perturbações na criança parece ser bidirecional e, por isso, apresentam uma correlação positiva. Assim, quando estas situações se instalam em fases precoces da vida da criança, o acompanhamento deve focar-se tanto no apoio à mãe como na intervenção com criança.

Sendo assim, conclui-se que a depressão materna está positivamente relacionada com psicopatologia infantojuvenil, e que por isso deve ser considerada aquando da intervenção com crianças. Mais do que isso, a literatura parece mostrar que aspetos como o próprio ambiente familiar, a exposição a fatores de risco e até a história de vida materna devem ser investigados.

Findada a apresentação dos aspetos teóricos relativos aos diagnósticos, apresentam-se agora os principais instrumentos de avaliação utilizados pela estagiária.

Instrumentos de Avaliação Utilizados

Em psicopatologia o sintoma raramente remete para uma causa definida, identificável e localizável (Boscaini, 2004) e, como já foi referido anteriormente, ao nível da prática psicomotora a intervenção é feita principalmente na globalidade do indivíduo, procurando não dar demasiado ênfase aos seus sintomas, dificuldades e diagnóstico de forma a não os fixar.

Em psicomotricidade é comum o estudo da respiração, tónus, lateralização, praxias, e de outros fatores reconhecidos por Fonseca (2005) como aspetos fundamentais numa avaliação psicomotora da criança. No entanto, Constant (2007) acrescenta que para além destes aspetos, atualmente também é basilar a avaliação do olhar, da postura, da gestualidade e do próprio jogo, pelos aspetos relacionais, contratransferenciais, emocionais e contra-atitudeis. Rodrigues e Marta (1994) referem ainda que as crianças devem ser avaliadas para além do estudo concreto da expressão motora, conseguido por uma observação guiada por testes standardizados.

O sintoma psicomotor deve ser visto como uma defesa psíquica a um problema psíquico, mas que se expressa pelo corpo. Este reflete concomitantemente o corporal e o psíquico e deve ser interpretado não apenas como um sinal de doença, mas como uma característica estrutural do indivíduo, com informação acerca das suas relações consigo próprio, com os outros e com o meio (Boscaini, 2004).

Albaret (2003) alerta que a avaliação psicomotora é o primeiro gesto terapêutico do profissional e que a análise dos seus resultados leva a um diagnóstico em psicomotricidade e permite a elaboração de um projeto terapêutico. O rigor, a experiência do técnico na utilização de diferentes instrumentos e o clima seguro que permite à criança demonstrar as suas capacidades e dificuldades durante a avaliação são preponderantes.

Rivière (2010) fala especificamente acerca da avaliação na psicomotricidade de cariz relacional, referindo que a mesma se opõe à necessidade de utilização de testes e

protocolos terapêuticos para avaliar e intervir. No entanto, apesar da intervenção feita pela psicomotricidade na CE incidir fundamentalmente sobre aspetos relacionais, todas as crianças acompanhadas pela equipa são avaliadas.

Ainda assim, devido a este carácter relacional, grande parte da avaliação é intrinsecamente subjetiva (Costa, 2008). Segundo o autor, o objetivo não é avaliar conhecimentos ou testar a criança, pelo contrário prioriza-se conhecê-la e compreender a sua personalidade psicomotora através da observação. Por outras palavras, considera-se que expor as dificuldades da criança é rebaixá-la na relação, colocando o avaliador numa posição de superioridade, por isso “(...) em vez da avaliação, preferimos observação” (Costa, 2008, p. 59). Desta forma, instrumentos padronizados de aplicação direta à criança, como a Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca, foram pouco utilizados e nunca na íntegra, utilizando-se muitas vezes como alternativa a Grelha de Observação Comportamental (GOC).

Neste sentido, Albaret (2003) faz a distinção entre avaliação, que inclui subjetividade e espaço para a interpretação, e testes, que permitem uma avaliação objetiva e relativa à norma. Posta esta distinção, pode dizer-se que foram utilizadas tanto avaliações como testes para conhecer melhor as crianças acompanhadas. O mesmo autor salienta que a interpretação dos resultados deve ser feita à luz do contexto em que os testes são aplicados e que este aspeto é fundamental na realização de um projeto terapêutico adequado ao indivíduo. Desta forma, a estagiária tentou também ter em conta o contexto das crianças e famílias na análise dos casos para melhor compreender as suas características, sintomas e necessidades de intervenção.

De seguida são apresentados de uma forma genérica os instrumentos mais utilizados pela estagiária. Estes são a A Entrevista Clínica, a Behavior Assessment System for Children (BASC), o Draw a Person (DAP), a GOCA Grelha de Observação Comportamental (GOC), alguns elementos da BPM, o State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) O State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) e o O Esquema de Tensões de Tensões. Foram ainda utilizados outros instrumentos, pontualmente e em casos muito específicos, no entanto por questões de espaço no relatório e relevância na prática da estagiária, serão apenas expostos os sete supramencionados.

A entrevista clínica, a BASC e o DAP constituem os três instrumentos que são aplicados no início e no final de cada ano letivo a todas as crianças acompanhadas pela equipa de psicomotricidade na CE. A utilização dos restantes instrumentos seguidamente

apresentados foi decisão conjunta entre a estagiária, as colegas coterapeutas e o orientador local, tendo em conta as características de cada caso (ou grupo) em particular.

A Entrevista Clínica

Antes de qualquer intervenção, é crucial a realização de uma entrevista clínica para efeitos de exploração e diagnóstico. A primeira entrevista é o início do tratamento e a sucessão de várias vai conduzir o trabalho terapêutico (Beà, 1998). Assim, a entrevista é feita a todas as famílias das crianças acompanhadas pela equipa de psicomotricidade da CE. Uma vez que há poucos recursos humanos, nem sempre é possível marcar várias entrevistas ao longo do ano para guiar este trabalho terapêutico, como é sugerido pela autora, no entanto há sempre disponibilidade por parte da equipa para marcar uma reunião quando solicitado pelos pais. Para além disto, procura-se estar constantemente em contacto com a família e a par do dia-a-dia da criança mediante contactos mais informais antes e depois das sessões.

Segundo Beà (1998), este instrumento permite o prognóstico, indicação terapêutica, seguimento e é também uma forma terapêutica em si mesma. Por um lado, possibilita ao sujeito expor os seus problemas, preocupações e recordações de forma espontânea e/ou conduzida pelo entrevistador. Segundo Beà (1998) deve ter-se sempre em consideração os objetivos, que podem ser a exploração, a recolha de anamnese, o seguimento, entre outros, e a relação com o entrevistado ao longo de toda a entrevista. A autora sublinha a importância da intuição, prudência e bom senso, da moderação do tempo e ritmo da conversa, e refere que o estado interno do entrevistador tem um peso maior do que o espaço físico em que ocorre a entrevista.

Por outro lado, para além da informação que o profissional pode tirar tendo em conta o que lhe é dito, o técnico pode ainda analisar e interpretar o comportamento do paciente (Beà, 1998). A autora acrescenta que toda esta informação verbal e não-verbal recolhida, em conjunto com a experiência profissional do entrevistador e as suas próprias vivências pessoais, vai constituir-se como um trabalho de elaboração e permitir a emergência de hipóteses provisórias de tratamento. Akasha (2004) aborda o mesmo tema, mas na perspetiva dos psicomotricistas e refere que, num primeiro contacto com o paciente e com a família, ainda antes da entrevista clínica começar, o psicomotricista observa imediatamente a linguagem e postura corporais, os aspetos tónicos, a respiração, o contacto visual, aspetos relacionados com a voz, como a entoação e a tonalidade, a relação com o espaço da sala e o contacto com o profissional.

Ainda acerca da entrevista na consulta de psicomotricidade, Albaret (2003) lembra que esta serve muitas vezes para perceber o próprio motivo da consulta e da prescrição desta intervenção, e conduz o profissional a uma reflexão acerca dos melhores instrumentos de avaliação a aplicar em função do conjunto de sintomas apresentado.

Segundo Vera (2001), nesta entrevista clínica os pais e as crianças são os principais interlocutores e é esperado que descrevam os comportamentos, como e onde se manifestam e os antecedentes familiares e clínicos. Akasha (2004) fala ainda da importância da empatia, enquanto capacidade de se colocar no lugar do outro, sentindo e experienciando como o outro e compreendendo a sua perspetiva. No entanto a autora ressalta que a distância emocional entre o profissional e o paciente e família devem ser mantidas até certo ponto, caso contrário corre-se o risco de enriquecer o apoio à criança, mas paralelamente tornar a terapia mais fraca ao nível do desenvolvimento.

Vera (2001) destaca ainda o aspeto informativo da entrevista, referindo que informar os pais acerca da terapia e das suas bases teóricas é fundamental para os motivar a envolverem-se no processo terapêutico e que ter esta conversa com a criança é também importante para ela saber o que se vai passar.

Dado o acima exposto, quer pela informação verbal quer pela não-verbal recolhidas através deste instrumento, justifica-se a utilização do mesmo em todos os casos acompanhados.

A Behavior Assessment System for Children (BASC)

A BASC é uma bateria de instrumentos de avaliação que visa uma avaliação multimodal e multidimensional de indivíduos dos 4 aos 18 anos. Foi inicialmente desenvolvida e publicada por Reynolds e Kamphaus, em 1992, e foi esta a versão que foi utilizada pela estagiária. Apesar de já ser comum a utilização da BASC na CE, considera-se mesmo assim fundamental justificá-la.

A BASC foi desenvolvida para facilitar o diagnóstico diferencial, mas tem também um papel importante na compreensão do indivíduo e na elaboração dos planos terapêuticos (Reynolds e Kamphaus, 1992). Este instrumento é multimodal porque consiste na aplicação de vários instrumentos. Apesar de existirem outras componentes, na CE são aplicadas apenas 3 escalas, a BASC de preenchimento para pais, a BASC para professores e a BASC de autopreenchimento quando o indivíduo tem mais de 8 anos. Existem 3 bandas diferentes, consoante as idades. A primeira banda consiste numa escala para pais e outra para professores, para crianças entre os 4 e os 5 anos. A segunda banda consiste numa escala para pais e outra para professores, para crianças entre os 6 e os 11 anos, e possui

ainda uma escala de autopreenchimento para crianças entre os 8 e os 11 anos. A última banda consiste na escala para pais, professores e para o próprio, dos 12 aos 18 anos (Reynolds e Kamphaus, 1992).

Este instrumento é multidimensional pois a informação recolhida por estas 3 escalas permite não só compreender os comportamentos do indivíduo em diferentes contextos (casa e escola) como também compreender as percepções e emoções do próprio. De referir ainda que existem 4 escalas de cotação diferentes, a geral, a do género feminino, a do género masculino e a clínica, sendo que a geral e a clínica são as mais utilizadas. Segundo os autores, a primeira é baseada na população americana em geral, tendo sempre em conta a faixa etária. A escala de cotação clínica é recomendada quando os problemas do indivíduo em causa são extremos quando comparados com a população em geral, e é mais útil nestes casos pois avalia de uma forma mais precisa os níveis gerais de problemas comportamentais (Reynolds e Kamphaus, 1992). Na CE, por se tratar de um contexto de saúde mental infantil, durante o ano letivo 2015/16 foi sempre utilizada a escala clínica.

Desta forma, por avaliar várias dimensões comportamentais do indivíduo e permitir a sua comparação com a norma, este instrumento permite obter gráficos com informação geral acerca dos perfis clínicos e adaptativos das crianças em diferentes contextos. Permite ainda obter valores que resultam de outras escalas, por exemplo dentro do perfil clínico é possível encontrar valores para os Sintomas Interiorizados e Exteriorizados e para o Índice de Sintomas Comportamentais (ISC) e no perfil adaptativo pode encontrar-se um valor geral para as Competências Adaptativas. De referir ainda que, relativamente aos gráficos obtidos, valores de score T superiores a 40 e inferiores a 60 representam a média. No caso da componente clínica, scores T iguais ou superiores a 60 representam risco e iguais ou superiores a 70 são considerados clinicamente significativos. Por outro lado, quanto à componente adaptativa, scores T iguais ou inferiores a 40 representam risco e iguais ou inferiores a 30 são considerados clinicamente significativos. Estes aspetos são importantes mais à frente para a interpretação dos resultados da BASC do estudo de caso 1.

Assim, precisamente pelo seu fácil preenchimento, pelo seu carácter multidimensional e pela larga faixa etária em que pode ser utilizado, a sua aplicação é muito útil e é feita em todos os casos acompanhados pela equipa de psicomotricidade.

O Draw a Person (DAP)

O DAP, de Jack Naglieri (1988), é um instrumento que permite fazer uma avaliação quantitativa da figura humana e que possibilita a recolha de informação sobre a capacidade intelectual dos indivíduos dos 5 aos 17 anos, faixa etária para a qual está validado para a

população americana. Segundo o Naglieri (1988) o DAP facilita a avaliação psicológica de crianças com mais resistência aos métodos de avaliação tradicionais e é pouco influenciado por questões ligadas à compreensão e expressão verbais, a dificuldades na motricidade fina e a problemas em trabalhar sob a pressão imposta pelo tempo. Foi ainda desenhado para ser pouco sensível às questões relacionadas com o realismo do desenho e com a moda.

Este instrumento é constituído por três testes que consistem em pedir ao indivíduo para desenhar a figura de um Homem, de uma Mulher e do Próprio. Cada um dos testes deve ser concluído no prazo de 5 minutos e é cotado tendo em conta a presença, o detalhe e a proporção de 14 partes do corpo diferentes, podendo ainda acrescer uma pontuação de bónus. No final são obtidas três cotações brutas dos testes individuais e uma cotação bruta total, que resulta do somatório das 3 anteriores. Posteriormente, tendo em conta as tabelas Standard e de Percentil, é possível obter uma classificação qualitativa para o DAP que tem 7 níveis diferentes e varia entre “Deficiente” e “Muito Superior” (Naglieri, 1988).

A folha de registo, instruções verbais a dar ao indivíduo e a tabela de pontuação utilizadas na CE pertencem à versão portuguesa, traduzida e adaptada pela Neopraxis (1995). No entanto as normas utilizadas são as americanas, uma vez que este instrumento não está validado para a população nacional.

Ajuriaguerra afirmava que o desenho do corpo é uma forma de estimar não só a inteligência como também aspetos da personalidade da criança (Fonseca, 2005). Esta ideia é também reforçada por Boutinaud (2007) que defende que a imagem do corpo se constitui como uma base importante para o desenvolvimento da personalidade da criança.

Fonseca (2005) acrescenta ainda que este desenho permite avaliar outras coisas, tais como a grafomotricidade, a representação espacial e o processo de adaptação emocional, afetiva e social. Permite também perceber a afetividade da criança e a forma como esta sente e representa o seu corpo. O autor refere ainda que, ao pedir à criança o desenho de figuras de dois sexos diferentes, a avaliação se torna mais complexa já que isto revela mais variáveis da personalidade e acrescenta que os aspetos previamente referidos e passíveis de serem estudados pela aplicação do desenho do corpo são também indicadores importantes de dificuldades escolares.

Assim, juntamente com a entrevista e a BASC, o DAP é um instrumento que é utilizado em todos os casos acompanhados pela equipa.

A Grelha de Observação Comportamental (GOC)

A GOC, organizada por Marques, Castro, Gonçalves, Martins e Martins em 2011, é um instrumento desenvolvido com o intuito de registrar comportamentos de forma qualitativa e assim aferir a evolução do indivíduo neste âmbito. Permite ter uma visão global do indivíduo e o seu preenchimento e análise possibilitam ao observador compreender as dificuldades e pontos fortes da criança (Marques et al., 2011).

Divide-se em 5 domínios: (a) aspeto somático, (b) apresentação, (c) comportamento e desempenho na realização das tarefas, (d) relação, e (e) aspetos psicomotores. Relativamente ao seu preenchimento, a GOC tem alguns itens que devem ser preenchidos com uma escala de *Likert*, que contem 5 níveis e varia entre o “Nunca” e o “Sempre”, e outros itens que apenas devem ser assinalados com um “x” quando se verifica o comportamento descrito. Este instrumento não está circunscrito a uma faixa etária específica e não requer nenhum material próprio (Marques et al., 2011).

A GOC é de fácil preenchimento e foi utilizada nos estudos de caso da estagiária, em todas as crianças pertencentes ao grupo de relaxação e em outros indivíduos, quando se achou necessário ou pertinente, como por exemplo em situações em que as BASC não foram devolvidas.

A Bateria Psicomotora (BPM)

A Bateria Psicomotora foi desenvolvida por Vítor da Fonseca e é um instrumento que visa analisar o perfil psicomotor da criança através de um conjunto de tarefas. Este instrumento é também útil na identificação e despiste de dificuldades de aprendizagem e psicomotoras (Fonseca, 2010).

As tarefas estão divididas pelos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Para além disto, avalia ainda o aspeto somático, desvio postural e o controlo respiratório. O número de itens para avaliação varia dentro de cada fator psicomotor e é sempre cotado com referência a critério, com os valores de 1 a 4, sendo que a cotação 1 é a que representa maiores dificuldades na tarefa e o valor 4 revela uma excelente realização. No entanto, todas as tarefas discriminam exatamente em que situação deve ser atribuído cada valor (Fonseca, 2010).

Uma vez que é um instrumento de aplicação morosa e que requer a realização de tarefas específicas não é passível de ser utilizado em todas as crianças acompanhadas. Assim sendo, este instrumento nunca foi usado na íntegra mas as provas de alguns fatores foram

aplicadas a algumas crianças, de acordo com as suas necessidades, como por exemplo no grupo de relaxação.

O State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)

Este questionário foi construído por Spielberger e colaboradores, em 1973, para medir a ansiedade em crianças dos 9 aos 12 anos, podendo ser utilizado por crianças mais velhas no caso de dificuldades de aprendizagem e mais novas com boa capacidade de leitura e compreensão (Matias, 2004). Em Portugal, o STAIC foi aferido apenas para a faixa etária dos 9 aos 15 por esta autora.

O STAIC é composto por duas escalas, a de ansiedade traço (A-Traço) e a de ansiedade estado (A-Estado), ambas constituídas por 20 itens. Cada uma das 2 escalas é cotada de 20 a 60, uma vez que cada item tem 3 hipóteses de resposta, as quais são cotadas de 1 a 3. No caso da primeira escala, a escolha da resposta com a palavra “muito” representa a presença de ansiedade em 10 dos itens (são atribuídos 3 pontos por item) e ausência da mesma nos restantes 10 (1 ponto). Na escala A-Estado, a hipótese “quase sempre” revela o nível mais alto de ansiedade em todos os 20 itens (3 pontos) (Matias, 2004).

Apesar de não ser comum a sua utilização na CE, o STAIC foi utilizado pela estagiária pela necessidade de medir a ansiedade de crianças acompanhadas no grupo de relaxação e foi apenas aplicado às crianças deste grupo. As razões da escolha prenderam-se principalmente com o facto de a faixa etária para a qual o inventário foi desenhado coincidir com as idades das crianças acompanhadas, e também com a particularidade de ser um instrumento validado para a população portuguesa.

Não obstante, Matias (2004) refere ainda que a utilização do STAIC é útil como medida de eficácia de tratamentos que visam reduzir a ansiedade na criança. A escala de A-traço é aplicada sempre antes da escala de A-estado e nesta segunda escala as instruções podem ser modificadas com o objetivo de obter mais informações que o profissional ache pertinentes. Estes aspetos fundamentaram ainda mais a utilização deste instrumento com o grupo de relaxação.

O Esquema de Tensões

A utilização do esquema de tensões também se restringiu a indivíduos do grupo de relaxação. Esta é uma avaliação qualitativa, de rápida aplicação e relativamente ao material apenas exige uma fotocópia com o esquema de tensões e 3 lápis de cor (vermelho, amarelo e verde). A ficha de preenchimento contém 2 desenhos, um com uma vista anterior do corpo humano e outro com uma vista posterior. Na aplicação, o sujeito deve colorir as

partes do corpo representadas na folha com as cores vermelho, amarelo ou verde, consoante determinada zona do seu corpo esteja num estado de tensão alta, média ou baixa, respetivamente (Martins, s/d).

Este é um instrumento que permite não só a recolha de informação para a orientação da intervenção, mas também o aumento da consciencialização que o indivíduo tem do seu próprio corpo (Martins, s/d). Assim, o esquema de tensões foi aplicado em todas as sessões, no início e final de cada uma.

Após a apresentação dos instrumentos de avaliação, e uma vez que dois destes instrumentos foram utilizados exclusivamente em crianças pertencentes ao grupo de relaxação, considera-se que se enquadra fazer uma breve alusão ao mesmo.

Grupo de Relaxação

Julga-se que este grupo merece uma menção particular neste relatório por três razões. Em primeiro lugar pelo facto de ser o único grupo cuja intervenção se baseava exclusivamente em técnicas de relaxação, enquanto todos os outros assentavam no jogo livre. Em segundo lugar por ser um grupo com uma metodologia experimental, com uma avaliação distinta e sessões planeadas e mais diretivas. E por último porque, apesar de este documento não conter nenhum estudo de caso pertencente a este grupo, a estagiária redigiu um artigo acerca do grupo e de uma criança acompanhada no mesmo. Este encontra-se referido no capítulo das Atividades Complementares de Formação e está em anexo no CD. Desta forma, neste subcapítulo não é feita uma descrição exaustiva, mas apenas uma apresentação sucinta desta intervenção e metodologia.

Este grupo já existia em anos letivos anteriores e era composto por crianças, normalmente a partir dos 8 anos, cujas principais dificuldades se relacionavam com a ansiedade. Ainda assim, apesar de serem utilizados diferentes métodos de relaxação, as sessões deste grupo não tinham uma metodologia tão específica, principalmente no que diz respeito ao processo de avaliação e planeamento das sessões. No entanto, neste ano, a estagiária, as suas colegas de estágio na CE e o orientador local desenvolveram um programa experimental de relaxação, tendo por base alguma investigação bibliográfica sobre saúde mental infantil e relaxação, e conhecimentos prévios obtidos através das aulas de licenciatura e do mestrado. De referir que o número de elementos do grupo, a sua periodicidade e o número de terapeutas vão ao encontro da metodologia aplicada por Bounes e Petit (2006).

Deste modo, o grupo de relaxação da CE foi composto por 5 crianças e a sua avaliação, inicial e final, consistiu na aplicação da entrevista clínica, BASC, DAP, GOC e STAIC. O esquema de tensões foi também aplicado com o intuito de avaliar, mas foi utilizado todas as semanas, no início e no final das sessões, tal como é exemplificado no Anexo A1 – Exemplo de um esquema de tensões preenchido. As crianças criaram também uma capa de portefólio para guardarem este elemento de avaliação semanal, e apresenta-se um exemplo no Anexo A2 – Capa do portefólio. Todas as intervenções foram pensadas e preparadas para que ao longo do tempo as crianças fossem, progressivamente, explorando os seus sentidos e sensações, e experimentando diferentes possibilidades de movimento. No fundo procurou-se promover o autoconhecimento, a autoconfiança e a autoestima, para que fosse então possível treinar estratégias de gestão de stresse. Assim, esta intervenção no âmbito da relaxação não se focou num só método, mas procurou conjugar os conhecimentos de vários autores e práticas para conseguir retirar tanto benefícios fisiológicos como, fundamentalmente, psicomotores e relacionais.

As sessões eram semanais e tinham uma duração média superior aos outros grupos (45 minutos) e um carácter essencialmente diretivo, apesar de haver sempre algum espaço para a criatividade e para a participação ativa das crianças. Algumas sessões foram filmadas e por isso apresenta-se um exemplo de um consentimento informado no Anexo A3 – Consentimento informado para a gravação de imagens e vídeo.

A estrutura da sessão era transversal a todas as intervenções, embora as atividades mudassem. De uma forma geral, procurou-se que o início da sessão fosse composto por atividades mais motoras, por ser uma fase de ativação, e que a fase fundamental se constituísse como um momento de descoberta de si, do outro e do espaço. Maximiano (2004) acrescenta que as vivências proporcionadas não têm de implicar o toque do outro, podendo incluir a mediação por objetos ou até a automassagem.

Quanto à fase de retorno à calma, na maior parte das vezes este era um momento muito similar ao descrito por Baranes (2007), com um momento de instalação, verbalização do técnico, consciencialização por parte do indivíduo, regresso à realidade com o aumento da atividade muscular, e verbalização.

Para além do artigo completo, encontram-se também em anexo no CD, na pasta “3. Grupo de Relaxação”, exemplos de planeamentos de sessão, a avaliação completa, o consentimento informado para a recolha de imagens e áudio, e a capa do portefólio do estudo de caso deste grupo.

Pela análise das avaliações finais, concluiu-se que a metodologia trouxe vários benefícios em termos comportamentais e adaptativos, principalmente ao nível da ansiedade. Contudo as questões relacionadas com o esquema e imagem corporais não parecem ter sofrido mudanças significativas. Feita a descrição sumária do trabalho desenvolvido e resultados obtidos com o grupo, segue-se a análise dos dois estudos de caso da estagiária.

Estudos de Caso

“Com certeza, poderíamos dizer: «Isto nunca há-de voar»
quando vemos uma lagarta: pois bem, sim, há-de voar”
(Dolto, 1999, p. 161)

Neste capítulo são apresentadas duas crianças que constituíram os estudos de caso da estagiária. Estas crianças foram escolhidas propositadamente pelas suas características, muito distintas entre si, de forma a melhor demonstrar a heterogeneidade dos casos acompanhados na instituição, diversidade esta já referida no capítulo da Caracterização da População Atendida. De referir que inicialmente foram escolhidos 3 estudos de caso em vez de apenas 2, como habitualmente acontece, mas que por questões de espaço no relatório, para que fosse possível descrever convenientemente os casos e respetivas intervenções, o terceiro estudo de caso acabou por não constar neste documento. No entanto, como foi referido anteriormente, foi utilizado no artigo elaborado pela estagiária.

Os dois indivíduos possuem assim diferenças nas idades, etnia, tipologia familiar, diagnóstico, elementos de avaliação e tipo de intervenção. Todavia ambos são do sexo masculino, o que se justifica pela maior representatividade deste sexo na consulta de psicomotricidade, questão já apresentada anteriormente.

Por uma questão ética de confidencialidade, a identidade das crianças é preservada e todos os nomes próprios utilizados de seguida e nos anexos são fictícios.

Para facilitar a justificação da escolha dos casos, apresenta-se de seguida a Tabela 3 que resume alguns dados anamnésicos dos indivíduos e explicita as diferenças entre eles. De salientar que os diagnósticos foram transcritos dos processos das crianças.

Tabela 3 - Quadro resumo de elementos anamnésicos dos estudos de caso

	Caso 1 - Pedro	Caso 2 - Rodrigo
Idade no início do ano letivo	5 anos	8 anos
Etnia	Caucasiana	Negra
Família	Nuclear	Monoparental
Acompanhamento	UPI	CE
Manual de Diagnóstico e Diagnóstico	DC 0-3 150: carência	DSM 5 Trauma + Dificuldades Intelectuais
Medicação	Sim, mas apenas para a epilepsia	Sim
Avaliação completa em psicomotricidade	Sim Entrevista, GOC, DAP e BASC	Não Entrevista e GOC
Intervenção em psicomotricidade	Individual e grupo	Individual

É de referir que, independentemente da criança e do plano terapêutico traçado para a mesma, a estagiária procurou ter sempre em vista os objetivos de Aucouturier, Darrault e Empinet (1986, cit in Martins, 2001a) para a psicomotricidade. Estes são a comunicação, a criação, o acesso ao pensamento operatório e a potencialização das capacidades motoras, cognitivas e afetivo-relacionais do sujeito.

Relativamente ao plano terapêutico este foi muito ponderado e teve-se sempre em conta a características da criança e o seu contexto escolar e familiar. Tal como Martins (2001a) sugere, com base nestes fatores era decidido se o acompanhamento era feito individualmente ou em grupo, qual o tamanho do grupo, se se deveria ser mais ou menos interventivo e diretivo, com recurso a um jogo mais funcional ou mais simbólico, e com um maior peso na expressividade ou na recetividade.

Seguidamente são apresentados pormenorizadamente cada um dos casos por ordem crescente de idade. Por uma questão de espaço, ao longo do relatório são apenas descritas as avaliações e apresentadas as tabelas com as confrontações dos resultados das BASC iniciais e finais. No entanto, anexo a este documento, em papel, encontram-se as avaliações dos casos 1 e 2 mais completas (Anexos B e C).

Caso 1

O caso 1 é o caso do Pedro, um menino acompanhado na UPI e seguido pela equipa de psicomotricidade desde 2013/14. Apresenta-se de seguida o caso, as avaliações, o plano

terapêutico, a intervenção realizada e uma discussão e conclusão acerca do trabalho da estagiária com esta criança.

Caracterização Anamnésica

O Pedro nasceu a 22/11/2010, é acompanhado na UPI desde os 18 meses e é seguido pela consulta de psicomotricidade desde os 3 anos. À data de início do acompanhamento da criança neste ano letivo esta tinha 4 anos.

Vive no seio de uma família nuclear e é o filho mais novo do casal, que tem também um filho de 8 anos. A mãe tem ainda um outro filho, de um relacionamento anterior, com 14 anos e que mora no Brasil. A mãe é brasileira, tem o 12º ano e trabalha como empregada de balcão e o pai é português, licenciado em contabilidade e é

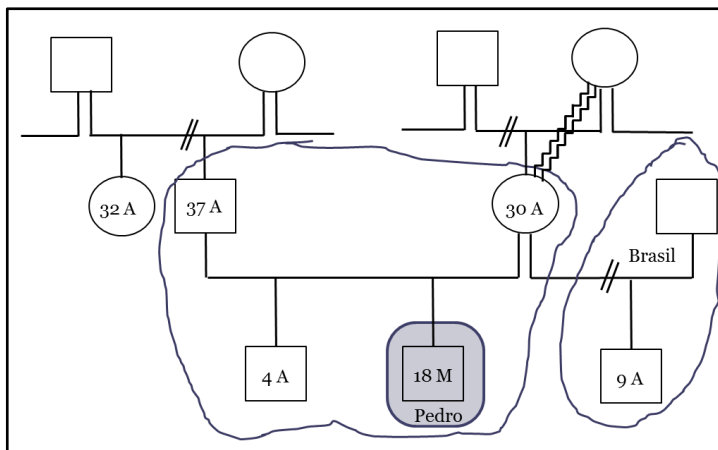


Ilustração 3 - Genograma do Pedro

técnico oficial de contas. O genograma da Ilustração 3 foi retirado do processo do Pedro, elaborado pelo pedopsiquiatra. Nesta imagem está representado que o filho mais velho da parte da mãe vive com o pai, uma vez que este esquema foi elaborado há alguns anos. No entanto atualmente esta criança vive com a avó materna no Brasil.

A gravidez do Pedro foi aos 28 anos da mãe e foi planeada e com assistência médica, sem intercorrências. Não foi feito rastreio de malformações. A mãe confessa que se sentiu mais tensa no segundo trimestre pelas discussões com o marido. O parto foi às 40 semanas e foi eutócico. O Pedro nasceu com 3,770 kg, 50,5 cm de comprimento e um índice de Apgar de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto.

Nos primeiros meses de vida, os cuidados foram prestados pela mãe e pela avó materna. A mãe descreve esta fase como muito stressante e refere que o pai não ajudou. A criança não teve problemas no sono, apesar de agitado, nem na alimentação. Foi para o infantário aos 4 meses e não teve reação adversa ao estranho.

Foi encaminhado para a consulta da UPI por preocupação dos pais com o atraso no desenvolvimento psicomotor, nomeadamente nas aquisições de “segurar a cabeça”, “sentar sem apoio” e “gatinhar”. A educadora referia que ele não acompanhava o

desenvolvimento dos outros meninos com a mesma idade cronológica e por esta razão tem um Plano Individual de Intervenção Precoce desde 2012. O pediatra mostrou também preocupação e encaminhou-o para a UPI por suspeita de PEA devido às suas dificuldades relacionais e atraso na aquisição da linguagem.

Relativamente a redes de apoio, os pais referem que têm poucos amigos chegados e acrescentam que não recebem muita ajuda ou apoio da parte da família. A avó paterna toma medicação psiquiátrica e é descrita como instável, e a avó materna tem um grande conflito com a mãe relativamente ao passado e à custódia do filho mais velho da última.

Quanto ao acompanhamento, a criança e a sua família são seguidas há alguns anos na UPI. Inicialmente foi feito um seguimento mais frequente aos pais, principalmente à mãe que teve várias consultas de psicologia na unidade. Com o passar do tempo estas acabaram, as consultas com o pedopsiquiatra também se tornaram menos frequentes e a intervenção passou a focar-se fundamentalmente na criança. Desta forma, atualmente, o Pedro é acompanhado regularmente pela equipa de psicomotricidade (este foi o terceiro ano letivo de acompanhamento) e tem consultas esporádicas e sem periodicidade definida com o médico responsável.

Presentemente, ao nível da pedopsiquiatria, a criança está diagnosticada pelo DC: 0-3R e tem um diagnóstico de Carência no eixo I. Ao nível do eixo II é apontada uma perturbação da relação mãe-criança e, segundo a literatura, as suas dificuldades desenvolvimentais apoiam este diagnóstico (Richters e Wolkmar, 1994). No eixo III, relativo aos problemas médicos, o Pedro tem um diagnóstico de angioma cervical, ptose palpebral e manchas hiper e hipopigmentadas na pele. Teve também otites recorrentes e varicela. Com 4 anos teve uma convulsão tónico-clónica e deu entrada nas urgências. Apesar de ter um eletroencefalograma normal, foi encaminhado para a consulta de desenvolvimento e ficou a tomar medicação diária para evitar convulsões futuras. De salientar que esta é a única medicação que a criança toma. No eixo IV evidencia-se uma depressão materna, com um quadro ango-depressivo e conflito mãe-avó materna. Nada está preenchido ao nível do eixo V. Para efeitos diagnósticos para os pais e para constar em relatórios para a escola, o diagnóstico é de Atraso do Desenvolvimento Psicomotor. Segundo a interpretação deste caso feita pela equipa, este atraso está inscrito num contexto de subestimulação.

Hipóteses Explicativas

A fim de melhor compreender a história da criança e, conseqüentemente, melhorar o serviço prestado, é importante formular hipóteses que procurem explicar as suas características e sintomas. De acordo com a informação discriminada no processo clínico

do indivíduo, alguns dos aspetos que parecem ter mais relevo na sua vida estão relacionados com a mãe. Destacam-se a gravidez, marcada por tristeza, ansiedade e discussões, o conflito mãe-avó materna, o “luto” da mãe pelo 1º filho, o conflito entre os pais, com desvalorização da mãe por parte do pai e a depressão materna.

Todos estes acontecimentos tiveram lugar durante a gravidez ou em fases muito precoces da vida do Pedro, o que pode ter afetado o seu desenvolvimento e processo de vinculação à mãe (eixo II). Isto vai ao encontro do estudo de Gonçalves e Silva (2003) que revela que, entre os anos 1997 e 2000, 57% dos casos acompanhados pela UPI possuíam um diagnóstico no eixo II.

Por outro lado, ao nível do eixo I, sabe-se que durante a gravidez, o stresse materno pode afetar o sistema nervoso central e autónomo da criança. A exposição regular a alterações fisiológicas maternas influenciam o desenvolvimento neurocomportamental do bebé e, consequentemente, as características da criança, tal como foi abordado no capítulo acerca da Depressão Materna.

Já relativamente ao conflito mãe-avó materna e ao “luto” pelo primeiro filho, considera-se que possam ter condicionado a disponibilidade da mãe para se tornar a figura de vinculação da criança. Apesar de o filho mais velho não ter falecido, a mãe acabou por fazer um processo de luto, já que tentou muitas vezes trazer o filho para Portugal e a avó e o pai da criança nunca permitiram, vendo-se, desta forma, obrigada a estar afastada da mesma e a abdicar da sua custódia.

A respeito dos conflitos entre os pais e da desvalorização da mãe, Barthassat (2014), através de uma revisão de literatura, concluiu que estes conflitos, quando associados a comportamentos destrutivos, podem contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais na criança. O autor acrescenta ainda que, em casos de conflitos, o controlo psicológico e as práticas parentais são fundamentais na relação das crianças com estas discórdias. Reafirma também a hipótese da segurança emocional de Cummings e Davies (1994), que postula que as relações parentais moldam a segurança emocional da criança e, a longo prazo, condicionam a sua capacidade de adaptação.

É ainda de salientar o facto de a mãe ter sido diagnosticada com uma depressão antes do nascimento do Pedro, problema que se prolongou e com o qual se tem debatido ao longo dos anos. Desta forma, é importante ter em conta esta patologia e o que foi referido anteriormente neste relatório relativamente à sua influência na psicopatologia infantil.

Assim, todos estes fatores parecem conduzir a uma indisponibilidade emocional da parte da mãe e permitem justificar o padrão de vinculação insegura do Pedro, o que parece também ter contribuído para o desenvolvimento de problemas afetivos, tal como é descrito por Cummings e Davies (1994). Os autores referenciam ainda diversos estudos que apontam para uma relação estreita entre os padrões de vinculação inseguros e o aparecimento de perturbações interiorizadas e exteriorizadas, e acrescentam que os conflitos matrimoniais parecem estar mais relacionados com problemas exteriorizados.

Para concluir, e adaptando a organização de Cummings e Davies (1994) a este caso, a história de vida e características da mãe parecem ter levado à depressão materna. Devido a esta depressão, os comportamentos, cognição e emoções da mãe, a relação com a criança (indisponibilidade emocional e pensamentos depressivos) e a relação conjugal parecem ter sido negativamente afetados. Estas alterações justificam por sua vez as características da criança, como o temperamento difícil, e as dificuldades ao nível da resiliência e da cognição social, o que vai por sua vez influenciar o desenvolvimento da mesma a longo prazo. Ainda assim, apesar de a mãe parecer desempenhar um papel central na interpretação deste caso, o pai é também um elemento que não deve ser descurado, principalmente no que diz respeito ao impacto da sua postura na relação conjugal.

Procedimentos e Instrumentos de Avaliação Utilizados

O Pedro foi avaliado em sessão durante três semanas, sempre à quinta-feira de manhã às 9 horas, através da aplicação da GOC e do DAP à criança e da recolha de informação através da entrevista e BASC. Foi ponderada a aplicação de alguns itens da BPM mas, após uma observação informal da criança na primeira sessão, esta hipótese foi colocada de parte pelas claras dificuldades de compreensão dos enunciados verbais e resistência à relação social. Por esta razão, optou-se pela aplicação da GOC para avaliar os fatores psicomotores.

Em primeiro lugar, na primeira consulta do ano letivo com o Pedro, em novembro, foi conduzida uma entrevista com os pais para perceber o que se alterou durante as férias de Verão. A criança não foi acompanhada em psicomotricidade desde o final de junho do ano letivo anterior e, por isso, procurou-se conhecer as dificuldades e evoluções da criança, bem como as perceções e preocupações dos pais naquela fase. Esta entrevista foi repetida no final do ano letivo para perceber os progressos da criança.

Para o preenchimento da GOC, tanto inicial como final, a estagiária propôs algumas atividades à criança durante a sessão, observou o seu comportamento em jogo espontâneo

e no final das sessões preencheu o instrumento com o que tinha observado. No início do ano letivo, a utilização deste instrumento serve essencialmente para orientar a visão da estagiária sobre o caso e para facilitar a elaboração de objetivos e a estruturação da intervenção, uma vez que permite ter uma perspetiva geral de muitos aspetos comportamentais da criança. No final serve para confrontação com os resultados iniciais e para aferir os objetivos atingidos e as competências que devem ser mais promovidas.

O DAP inicial foi aplicado numa sessão, em contexto muito informal devido às dificuldades de compreensão da criança, tendo-se convidado o Pedro a sentar e a desenhar a mãe numa folha branca. Foi pedido o desenho da mãe especificamente pois é uma figura próxima e é um pedido mais objetivo do que pedir para desenhar a figura de uma mulher. No DAP final, também aplicado numa sessão, foi solicitado à criança que desenhasse a terapeuta, uma vez que a relação terapêutica criada com a mesma foi muito forte e que, assim, a criança podia olhar para a estagiária e desenhá-la, enquanto que se fosse pedido para desenhar outra pessoa o Pedro teria de estar a evocar essa memória.

De modo a melhor avaliar a criança e compreender as suas características e comportamentos nos diferentes contextos, foi também solicitado aos pais e à educadora que preenchessem respetivamente a BASC para pais para 4-5 anos e a BASC para professores 4-5 anos. Este instrumento foi também aplicado no início e final do ano letivo e todas as escalas foram preenchidas e devolvidas. É, no entanto, de referir que a educadora de infância da criança mudou durante o ano letivo. Por esta razão as escalas inicial e final foram preenchidas por profissionais diferentes, o que dificulta e limita a comparação e compreensão das mudanças no comportamento da criança em contexto escolar, já que o observador não é o mesmo.

Avaliação Inicial

Na entrevista com os pais a estagiária não esteve presente uma vez que se encontrava a dar uma sessão. No entanto, segundo os registos, os pais mostravam-se satisfeitos pelas evoluções da criança durante o Verão e, de uma forma mais geral, com os progressos desde que começou a ser acompanhado na UPI. Não obstante, a mãe referiu que a criança ainda tinha muitas dificuldades e mostrou-se preocupada com a sua autonomia, principalmente em relação à higiene. Acrescentou ainda que a criança não obedecia, continuava com um atraso no desenvolvimento relativamente aos seus pares e que na escola ainda batia nos outros meninos.

Em sessão, com o intuito de aplicação da GOC, a estagiária tentou interagir diversas vezes com o menino e observar a sua reação em diferentes situações. De referir que a GOC foi

aplicada em contexto de sessão individual. A sua aplicação permitiu perceber um aspeto cuidado, mas uma hipertonidade, inconstância e ansiedade na forma de apresentação. Foram notórias dificuldades na adesão, atenção à instrução, planeamento e persistência relativamente ao comportamento e desempenho na tarefa. Genericamente não aderiu aos jogos propostos pela terapeuta e a sua atitude era de indiferença face ao outro. Demonstrou muitas dificuldades na comunicação verbal, dizendo apenas palavras soltas e utilizando muito os gritos, e ao nível da comunicação não-verbal apresentou um olhar evitante, apesar de estabelecer algum contacto visual. Chorava também frequentemente e a sua expressão gráfica era feita através de garatujas.

Devido ao nível de comunicação do Pedro foi difícil avaliar a componente da memória, mas foi possível perceber que não utilizava o jogo simbólico, que explorava pouco e com muito receio o espaço e que se interessava de uma maneira particular pelas bolas e pela piscina de bolas. Relativamente ao aspeto relacional, o menino mostrava um comportamento ambíguo quanto ao contacto físico, uma vez que por vezes aceitava dar a mão e procurava o toque e outras vezes o evitava e mostrava-se irritado. Uma vez que foi avaliado em sessão individual, não foi possível perceber a sua relação com os pares através da aplicação desta grelha. Já quanto à relação com a família, o Pedro apresentava alguma hesitação ao separar-se dos pais para vir com a terapeuta para o ginásio, no entanto mostrava-se indiferente ou perturbado quando estava como eles. A GOC (avaliação inicial e final) está integralmente preenchida em anexo no CD.

O DAP inicial do Pedro encontra-se no Anexo B1 – DAP inicial. Como é possível observar pelo anexo, o Pedro fez algumas garatujas, mas não é perceptível a figura da mãe, que era o que lhe tinha sido pedido. Por esta razão, o DAP não pôde ser cotado e foi apenas utilizado para uma apreciação qualitativa do desenho. Enquanto desenhava o Pedro não demonstrou motivação pela tarefa e, mesmo quando a estagiária ia dizendo diferentes partes do corpo, a criança não procurava representá-las. Por vezes verbalizava “óculo” ou “chapéu” enquanto desenhava. A partir da análise não só do desenho, mas também do próprio comportamento da criança, foi notório um fraco investimento na representação da figura materna, bem como uma representação fragmentada de algumas partes corpo.

Segundo Boutinaud (2007), é comum as crianças com diagnósticos situados no espectro do autismo e nas psicoses infantis demonstrarem alterações do desenvolvimento simbólico. O autor ilustra estas alterações com o exemplo do desenho do corpo, frequentemente alterado nestas situações, e esclarece que estas modificações são uma tentativa da criança de decifrar as questões do seu eu corporal. Neste caso esta informação

faz sentido já que, apesar do diagnóstico da criança não se situar no espectro do autismo, o seu médico pedopsiquiatra salientou várias vezes esta organização psicótica da criança, tendo por base um diagnóstico psicodinâmico.

Relativamente à BASC, foi aplicada a banda dos 4 a 5 anos aos pais e à educadora, e o instrumento encontra-se no Anexo B2 – BASC inicial. Os gráficos com os resultados da BASC inicial podem ser consultados no Anexo B3 - Tabelas de resultados da BASC inicial, nas Ilustrações 9, 10, 11 e 12.

Tendo em conta os resultados do instrumento preenchido pelos pais, o Pedro apresenta maiores dificuldades na Hiperatividade e Agressão (que fazem parte da escala dos problemas exteriorizados) e também nos Problemas de Atenção. Estas são as escalas que apresentam valores de risco, todas as outras categorias avaliadas pelo perfil clínico da BASC dos pais apresentam valores normais dentro do esperado para a idade. Não obstante, não deve ser descurado o facto de estarem a ser utilizadas as normas clínicas. Na área do perfil adaptativo, segundo os pais, o Pedro parece ter maiores dificuldades ao nível das Competências Sociais. Apesar de esta ser a categoria com a cotação mais baixa, todos os parâmetros adaptativos avaliados parecem estar pouco desenvolvidos, embora ainda se encontrem dentro da média esperada para a idade.

A BASC preenchida pela professora reflete dificuldades ao nível da Hiperatividade e Agressão, tal como é referido pelos pais. A professora aponta ainda níveis elevados na escala de Depressão, contudo as restantes categorias do perfil clínico parecem apresentar valores esperados para a idade. Inversamente ao descrito pelos pais, a educadora refere que as principais dificuldades do menino no perfil adaptativo são na Competência de Adaptabilidade e, segundo a mesma, as Competências Sociais da criança encontram-se dentro dos valores normais.

Os resultados obtidos através da BASC dos pais e professora parecem ir ao encontro do referido por Cummings e Davies (1994), abordado acima no subcapítulo das Hipóteses Explicativas, acerca da relação entre os conflitos matrimoniais e os problemas exteriorizados. Para além disso, parecem também relacionar-se intimamente com o descrito no capítulo da Depressão Materna acerca da relação entre a mesma e os sintomas na criança.

Plano Terapêutico

Dados os elementos anamnésicos, as hipóteses explicativas e os resultados da avaliação inicial, foi elaborado um plano terapêutico para o Pedro. Foi também tido em conta o

acompanhamento no ano anterior, através da leitura dos registos e avaliações elaboradas pela estagiária que acompanhou o caso no passado.

Começaram por ser definidos os fatores protetores e de risco. Estes relacionam-se principalmente com o meio envolvente da criança e com características inerentes à mesma, e são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Fatores protetores e de risco do Pedro

Fatores protetores	Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none">• Assiduidade e pontualidade às sessões• Interesse dos pais e do Pedro pela terapia• Gosto pela relação com a(s) terapeuta(s)• Curiosidade por alguns objetos	<ul style="list-style-type: none">• Estado ango-depressivo da mãe• Conflitos entre os pais• Conflitos entre a mãe e a avó materna• Pouco interesse na relação com crianças da mesma idade• Algumas questões relacionadas com a saúde física• Temperamento difícil

Com base nos resultados da avaliação e observação, foram também definidas as áreas fortes e menos fortes do Pedro, isto é, os aspetos desenvolvidos e as dificuldades da criança, tal como é apresentado na

Tabela 5.

Tabela 5 - Pontos fortes e menos fortes do estudo do Pedro

Pontos fortes	Pontos menos fortes
<ul style="list-style-type: none">• Algum contacto visual e sorriso em reciprocidade• Gosto pela sessão e por alguns materiais da sala• Acompanha a terapeuta sozinho até à sala• Respeito pelo tempo de sessão (aceita o final)• Interesse em mostrar à terapeuta o que está a fazer	<ul style="list-style-type: none">• Equilibração, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global• Lateralidade não definida (não cruza a linha média do corpo)• Agressividade, Hiperatividade, Depressão e Problemas de Atenção• Competências Adaptativas• Comunicação verbal e não-verbal• Adequabilidade da relação (falta de capacidade de empatia)• Exploração do espaço e materiais• Baixa autoconfiança

De referir que o gosto pela relação com a(s) terapeuta(s), o contacto visual, o sorriso em reciprocidade e o interesse em mostrar à terapeuta o que está a fazer foram aspetos que não sobressaíram durante as primeiras sessões. No entanto, uma vez estabelecida uma relação terapêutica estável, evidenciaram-se e constituíram-se como pontos fortes e fatores protetores.

Relativamente aos objetivos gerais traçados, estes encontram-se inseridos em três domínios diferentes: cognitivo, relacional e psicomotor, o que vai ao encontro do defendido por Boscaini (2004). Este autor fala ainda na componente linguística, também subdesenvolvida neste caso, no entanto não foram elaborados objetivos específicos para este domínio já que a criança é acompanhada por uma terapeuta da fala fora da UPI.

Os objetivos foram então elaborados a partir da avaliação inicial do Pedro, mas também no seguimento da intervenção por parte da equipa de psicomotricidade nos anos anteriores e tendo ainda em consideração as preocupações manifestadas pelos pais na consulta no início do ano letivo. Por esta razão, este plano não se debruçou sobre todos os aspetos subdesenvolvidos da criança, mas sobre os que a equipa considerou que faziam mais sentido priorizar.

Os domínios, objetivos gerais e objetivos específicos delineados são apresentados na Tabela 6. Na última coluna é ainda mencionado o instrumento de avaliação com o qual se avaliou a aquisição dos mesmos.

Tabela 6 - Objetivos definidos para o Pedro

Domínio	Objetivo geral	Objetivo específico	Instrumento
Cognitivo	Estimulação da comunicação verbal	Aumentar a frequência da utilização da comunicação verbal	GOC
		Promover a elaboração de enunciados verbais mais complexos (mais de 3 palavras)	GOC
		Aumentar o vocabulário utilizado	GOC
		Melhorar a compreensão de enunciados verbais	GOC
	Estimulação da comunicação não-verbal	Promover o interesse pelo desenho	Obs. Informal
		Melhorar a qualidade da expressão gráfica	DAP
	Promoção da emergência do jogo simbólico	Aumentar a adesão ao jogo simbólico introduzido pela terapeuta	Obs. Informal
		Promover o jogo simbólico espontâneo	GOC
		Promover a transferência de atividades do quotidiano para a sessão	GOC

	Promoção da atenção	Promover a focalização da atenção na atividade	GOC
		Aumentar o tempo de atenção na tarefa	GOC e BASC
Relacional	Promoção da autoconfiança	Aumentar a persistência nas tarefas	GOC
		Aumentar a adesão às tarefas propostas	GOC
		Diminuir o receio de alguns materiais e jogos (trampolim, espelho e escorrega)	Obs. informal
	Promoção da adequabilidade da relação	Promover a utilização da linguagem como meio de expressão alternativo ao choro e gritos	BASC
		Melhorar a aceitação do toque	GOC
		Promover a utilização espontânea do toque na relação	Obs. informal
		Promover o interesse pelo jogo com os pares/ competências sociais (desde que está em grupo)	GOC e BASC
	Estimulação do interesse pela exploração do espaço e materiais	Promover a exploração de todo o espaço da sala	GOC
		Promover o interesse e a utilização de diferentes materiais	GOC
		Promover a exploração das possibilidades de utilização para um mesmo material	Obs. informal
Psicomotor	Promoção da lateralidade	Promover a especialização de uma das mãos (dominância manual)	GOC
	Promoção da noção do corpo	Desenvolver qualitativamente a representação da figura humana	DAP
		Aumentar o vocabulário relativo aos segmentos corporais	GOC
		Melhorar a consciência dos seus limites corporais	Obs. informal

A médio prazo, seria também importante trabalhar a estruturação espaciotemporal e a praxia global, uma vez que não se consideram áreas prioritárias de intervenção, mas estão também subdesenvolvidas. Considera-se que as dificuldades ao nível da equilibração se prendem muito com questões de falta de autoconfiança. No entanto, seria também importante reavaliar este fator a médio prazo.

Para além dos objetivos específicos a trabalhar com a criança, ficaram determinadas no plano terapêutico a periodicidade, tipologia e tempo de sessão com o Pedro. Relativamente à periodicidade e tempo de sessão, pelas restrições de horário da sala e da equipa e pelo número de casos acompanhados, ficou definido que as sessões teriam lugar uma vez por semana e teriam a duração de 30 minutos, tal como acontece com quase todos os outros casos acompanhados pela psicomotricidade. Já a respeito da tipologia da sessão, devido

às grandes dificuldades relacionais da criança tanto com os pares como com os adultos, optou-se por um acompanhamento em sessão individual para permitir uma atenção mais individualizada da terapeuta e para estabelecer uma relação de um-para-um segura antes de ser enquadrado num grupo.

Para terminar, foi também importante definir o papel que a terapeuta devia assumir em sessão e o grau de diretividade a utilizar. Dada a história da criança, família e suas características, a estagiária procurou assumir um papel de elemento contentor devido às suas dificuldades ao nível da relação e noção do corpo. Assim, a estagiária tentou constituir-se como um elemento reparador da díade, dadas as dificuldades de vinculação da criança. Durante as sessões visou-se essencialmente fomentar o gosto pela relação e pela exploração do espaço, dos objetos e do próprio corpo e suas possibilidades de movimento. Neste sentido, tentou-se ser pouco diretiva e, essencialmente, proporcionar um ambiente seguro para a exploração e jogo livre.

É de referir que, em anos anteriores, procurou-se incluir a mãe na sessão de psicomotricidade, tal como é sugerido por Hanson e Spratt (2000) e como foi realizado por Ruget (2011), no sentido de trabalhar a relação de confiança e dar estratégias para lidar com alguns comportamentos. A mãe concordou e compareceu em algumas sessões, mas manifestou-se pouco disponível e a equipa de psicomotricidade concluiu que a sua postura não estava a ser benéfica para a terapêutica e acabou por abandonar essa abordagem.

Intervenção

No início da intervenção, o Pedro demonstrava frequentemente frustração, através de grandes birras e crises de choro, sendo também muitas vezes indiferente às pessoas à sua volta. Por esta razão, a relação com os pais estava frágil, o que por sua vez aumentava as frustrações da criança e levava a mais crises de choro, tal como abordado por Boscaini e Saint-Cast (2010). Adicionando algumas questões orgânicas de saúde do Pedro, que podem ter agido como gatilho para despoletar um temperamento mais difícil e dificuldades relacionais, à história de depressão da mãe e todo o seu contexto, concluiu-se que era fundamental intervir ao nível da família para os ajudar a sair deste ciclo. Desta forma, a intervenção focou-se principalmente no trabalho com a criança, mas também num apoio constante à mãe, percebendo como estavam as coisas em casa, sublinhando sempre as evoluções do menino em terapia e promovendo a sua resiliência.

O processo terapêutico passou por várias etapas e, relativamente aos sintomas da criança e à abordagem escolhida pela estagiária, assemelha-se a um caso descrito por Boscaini e Saint-Cast (2010). Devido às dificuldades relacionais da criança, o estabelecimento de uma

relação empática estável com a mesma foi primordial para começar a intervenção. Numa fase inicial, pelo facto de a criança ignorar a presença da estagiária na sala, mesmo quando esta lhe tocava com objetos ou quando a chamava, optou-se por imitar as suas ações.

O Pedro não explorava a sala, mas passava todo o tempo da sessão dentro da piscina de bolas a atirar bolas para cima e para fora da piscina, duas de cada vez (uma em cada mão) de baixo para cima, num movimento muito rudimentar para a sua idade. É descrito que, muitas vezes, indivíduos com problemas de vinculação estabelecem uma relação inadequada com o terapeuta devido aos seus modelos rígidos de interação (Bretherton, 1992). Assim, para procurar mudar esta forma de relação, a estagiária começou por imitar estes movimentos até que ele comesse a olhar para ela. Relativamente a esta decisão terapêutica, Vecchiato (1989) menciona que uma das formas mais simples de instaurar uma comunicação passa pelo uso da imitação, e por isso esta é também uma alternativa a ser considerada pelos técnicos para estabelecer uma relação. Neste caso, a relação terapêutica com o Pedro surgiu efetivamente deste jogo de imitação, momento em que a estagiária foi aceite e desejada pela criança como parceira de brincadeira, tal como referido por Martins (2001a).

Com o tempo, a criança começou a permitir a interação, sempre com bolas, mas sem as regras típicas de um jogo. Acabou também por aceitar o toque, o que permitiu fazer uso da contenção para promover o reconhecimento dos seus limites corporais. Este reviver de fases precedentes constituiu-se como fundamental para consolidar a sua realidade e para permitir a emergência de novas aquisições, tal como é defendido por Vecchiato (1989). O autor argumenta ainda que o contacto corporal e situações afetivas diretas simulam momentos de tipo fusional, que por sua vez criam a segurança e confiança necessárias à criança para que esta se permita afastar-se do terapeuta e explorar o espaço envolvente.

Desta forma, mais tarde, a curiosidade pela exploração do espaço e dos materiais aumentou e foi possível começar a explorar o escorrega, o espelho e o trampolim. Os medos de cair e de explorar os objetos foram progressivamente desvanecendo e começaram a proporcionar-se jogos como a apanhada. Este jogo foi uma peça crucial no processo terapêutico, uma vez que posteriormente permitiu a troca de papéis e até a emergência do jogo simbólico.

Apesar de não estar previsto inicialmente no planeamento, tendo em conta os progressos apresentados ao longo do ano letivo, a partir de abril o Pedro começou também a ser acompanhado, em sessões quinzenais, num grupo de crianças com idades próximas.

Nestas sessões, a criança procurava essencialmente as estagiárias, a que o acompanhava também nas sessões individuais e a colega presente nas sessões de grupo.

Relativamente à relação com os pares, inicialmente demonstrava indiferença e procurava a atenção das estagiárias. Depois de algumas sessões começou a aproximar-se mais das outras crianças e foi possível sugerir alguns jogos com balões entre a estagiária, o Pedro e outra criança. Apesar de não demonstrar muito interesse pelo outro menino e apresentar alguma descoordenação motora e dificuldades na compreensão das regras, conseguiu jogar de forma calma e durante algum tempo, sem desistir. Nas últimas sessões de grupo, o Pedro já olhava para as outras crianças e para o que elas estavam a fazer e, por vezes, aproximava-se para brincar com os mesmos objetos.

À semelhança do que é descrito por Wallon (1978) acerca das atividades lúdicas, o Pedro começou por apresentar principalmente atividades lúdicas funcionais, como atirar bolas, onde procurava os efeitos dos movimentos. Seguiram-se jogos como a apanhada, onde começou a emergir o faz-de-conta, com a terapeuta e a criança a assumirem o papel de “monstro”, denominado pelo mesmo autor como atividades lúdicas de ficção. Apesar de não ser possível demarcar uma fase em que a criança se fixou em atividades predominantemente de aquisição, consegue apontar-se uma etapa, no final da intervenção, em que começou a procurar jogos de construções, principalmente mediante a construção de casas com os blocos de espuma. Wallon (1978) relaciona ainda estas etapas com a emergência de outras funções, como as sensoriomotoras, as de articulação, a memória verbal e enumeração, e as funções de sociabilidade.

O Pedro esteve em 22 sessões, apesar de faltar durante todo o mês de maio porque foi com a mãe ao Brasil. Os registos das sessões com a criança encontram-se em anexo no CD, na pasta “4. Estudo de caso 1”.

Avaliação Final

A entrevista final foi realizada apenas com a mãe. Esta mostrou-se satisfeita e reconheceu alguns progressos da criança, falando especificamente na diminuição da frequência de birras e episódios de grande frustração, e transpareceu algum otimismo relativamente ao futuro do Pedro.

Relativamente à aplicação da GOC, a estagiária limitou-se a sugerir algumas brincadeiras mais específicas durante a sessão individual e de grupo para no final das mesmas preencher a grelha. Com a replicação deste instrumento (anexo em CD) foi possível perceber que a criança continua com alguma hipertonidade, embora sejam notórias

melhorias. Quanto ao comportamento e desempenho na tarefa, apresenta mais facilidade na adesão, atenção à instrução, planejamento e persistência, e procura a relação com a terapeuta. No âmbito da comunicação verbal, ainda apresenta dificuldades, no entanto o recurso à palavra é muito mais frequente e são formadas frases mais complexas. Não evita o olhar, mas a expressão gráfica continua pobre embora espontânea.

É notória a emergência do jogo simbólico e a maior exploração do espaço e de objetos diferentes, com menos receios e mais interesse. Mostra muito interesse na exploração do seu reflexo no espelho. Procura o toque da terapeuta e exprime afeto naturalmente, contudo, em sessão de grupo, não procura a relação com os pares e ainda ignora a presença de algumas crianças. Aquando da avaliação final, o Pedro lida bem com a separação da família para vir para a sessão, mas por vezes oferece resistência ao final da sessão, tentando continuar a brincar.

O DAP final do Pedro encontra-se no Anexo B4 – DAP final. Como é possível observar pelo anexo, o Pedro fez alguns rabiscos, mas não é perceptível a figura humana. Por esta razão, mais uma vez não foi possível cotar o DAP. No entanto, qualitativamente o Pedro mostra-se mais empenhado na tarefa em comparação à aplicação do DAP inicial. Há também um aumento do vocabulário relacionado com as partes do corpo e uma melhoria na identificação das mesmas em si e no outro, com uma tentativa de transposição das mesmas para o desenho.

Uma vez que no capítulo de avaliação inicial do Pedro não foram apresentados os gráficos da BASC dos pais e da educadora (Anexo B3 - Tabelas de resultados da BASC inicial) e foi apenas feita a descrição dos elementos essenciais, são agora apresentados os gráficos com a avaliação inicial e final para facilitar a confrontação e a compreensão dos resultados. As BASC finais preenchidas pelos pais e educadora estão no Anexo B5 - BASC final.

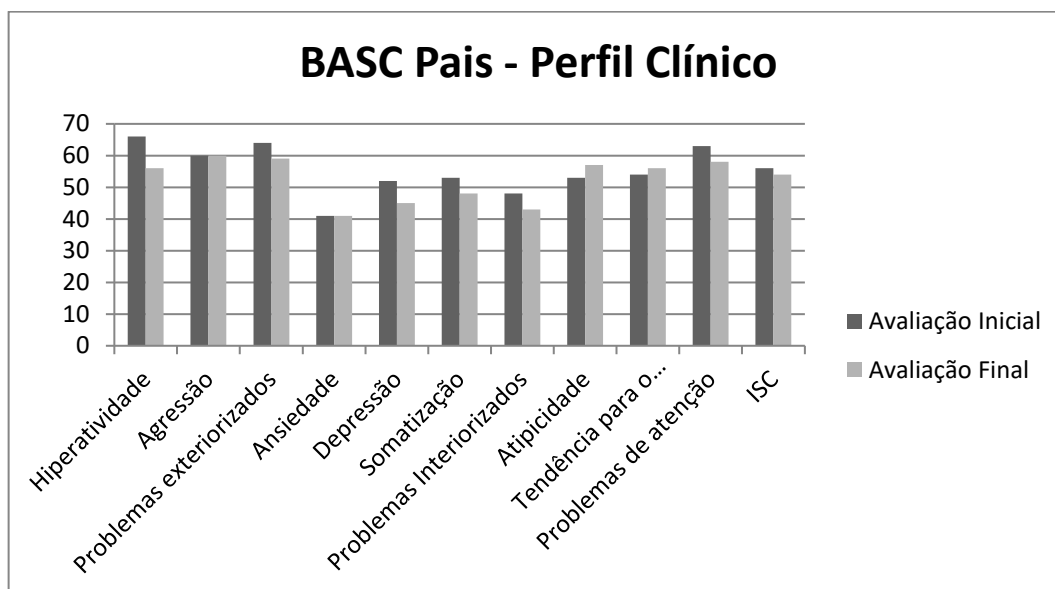


Ilustração 4 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil clínico do Pedro pela BASC pais

Como é observável pela Ilustração 4, segundo os pais, o Pedro mostra melhorias ao nível da Hiperatividade e dos Problemas de Atenção, que neste momento se encontram ambos dentro dos valores esperados para a idade. Quando à Agressão, com resultados também elevados inicialmente, os valores mantêm-se. Relativamente à Depressão e Somatização, estas apresentam valores mais baixos e os resultados para a Ansiedade não se alteram. Por último, a Atipicidade e Tendência para o Isolamento aumentaram, contudo, permanecem dentro dos valores esperados para a idade ($40 < T < 60$).

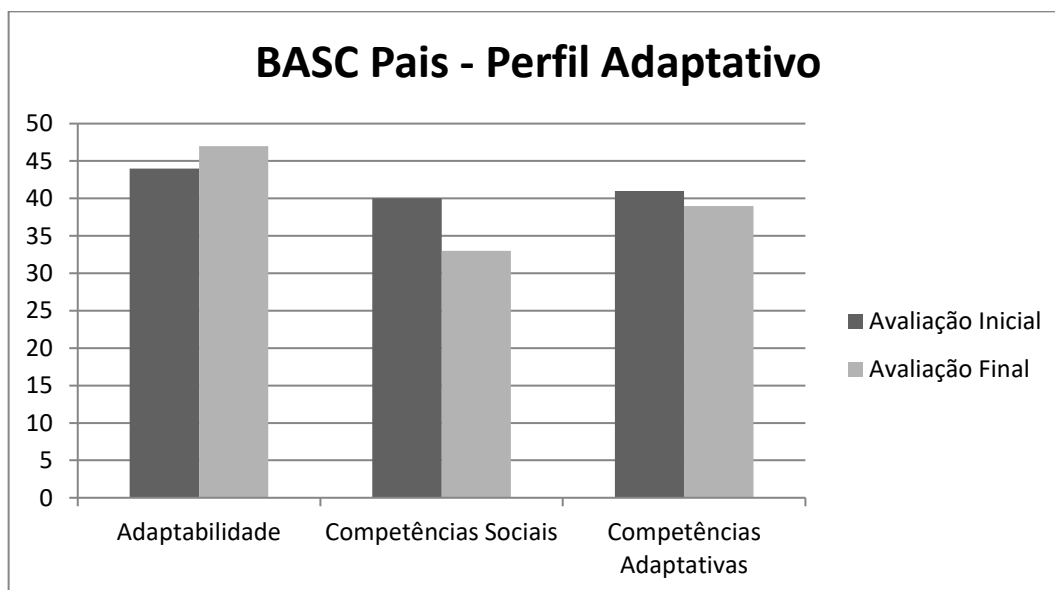


Ilustração 5 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil adaptativo do Pedro pela BASC pais

Já relativamente ao perfil adaptativo, a Ilustração 5 demonstra que, segundo os pais, o Pedro apresenta ligeiras melhorias na Adaptabilidade. No entanto as Competências Sociais apresentam resultados mais baixos e já dentro de um intervalo de valores abaixo do esperado para a sua idade. Visto que a criança ao longo do processo de intervenção em psicomotricidade conseguiu adquirir as competências relacionais necessárias para ser integrado num grupo terapêutico, e que estas sessões sempre decorreram sem intercorrências significativas, a estagiária não consegue explicar estes resultados.

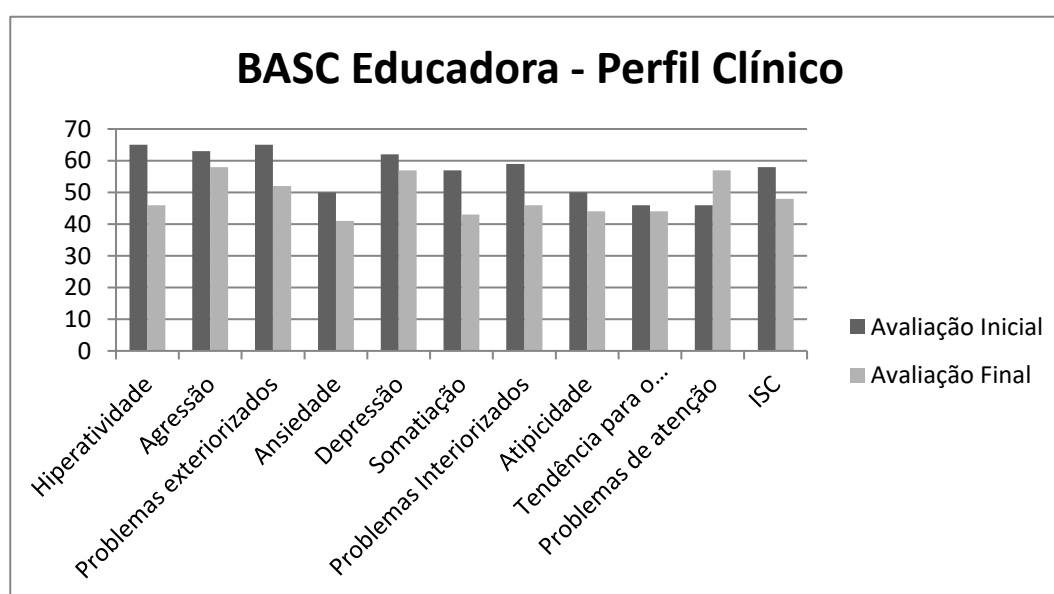


Ilustração 6 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil clínico do Pedro pela BASC educadora

Já relativamente à BASC preenchida pela educadora, é de salientar mais uma vez que as escalas inicial e final não foram preenchidas pela mesma profissional e por isso a fiabilidade da confrontação dos dados está comprometida. No entanto, assumindo que existe algum acordo entre as observadoras para permitir a comparação dos dados, de acordo com a Ilustração 6, o Pedro parece ter melhorado significativamente em todas as categorias, com exceção dos Problemas de Atenção. Contudo, embora esta última categoria tenha valores finais mais altos do que os iniciais, a criança apresenta valores esperados para a idade em toda a BASC final.

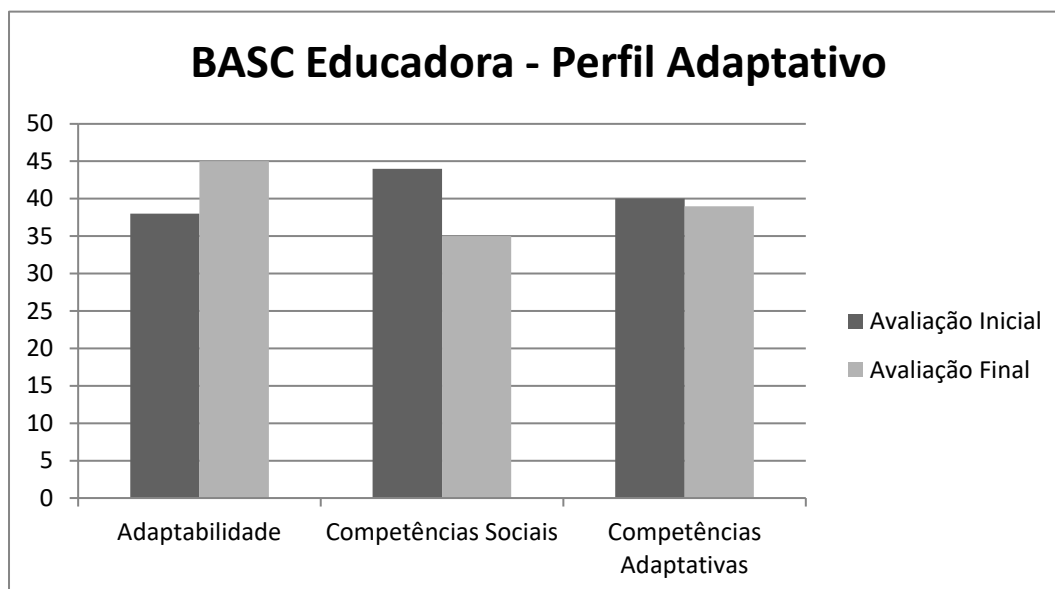


Ilustração 7 - Resultados da avaliação inicial e final do perfil adaptativo do Pedro pela BASC educadora

Quanto ao perfil adaptativo, cujos resultados se encontram na Ilustração 7, coloca-se também a questão anterior da troca de educadora. Todavia, o Pedro parece ter melhorado a sua Adaptabilidade na escola e, por outro lado, as suas dificuldades nas Competências Sociais parecem ter aumentado e encontram-se agora com valores abaixo do esperado para a sua faixa etária ($T < 40$).

Concluindo, segundo a BASC, e com as devidas salvaguardas dada a troca de educadoras, o Pedro parece apresentar algumas melhorias tanto no contexto escolar como com os pais. Acrescenta-se ainda que em CD encontra-se também a tabela com os objetivos definidos para o Pedro, com a indicação do grau de aquisição dos mesmos.

Discussão e Conclusões

Tendo em conta as dificuldades iniciais do Pedro, os objetivos delineados e a avaliação final, considera-se que a evolução foi muito positiva. Apesar disto, a criança continua ainda com um atraso significativo no desenvolvimento psicomotor relativamente aos seus pares.

De salientar que a relação terapêutica estabelecida com a criança, bem como com a família (principalmente com a mãe), foi muito forte e considera-se que contribuiu significativamente para as melhorias no quadro da criança. Relativamente à escola, não foram estabelecidos contactos telefónicos ou presenciais e a única fonte de informação sobre o Pedro neste contexto foi obtida através do preenchimento da BASC no início e final do ano letivo pelas educadoras.

Quanto à comunicação estabelecida com o pedopsiquiatra responsável pelo caso, pode dizer-se que esta não foi a ideal uma vez que não foi tão frequente quanto desejável. No entanto, o profissional, apesar do horário preenchido, mostrou-se disponível para falar acerca do caso. É de referir que o Pedro tem consultas muito esporádicas com o médico uma vez que do ponto de vista do clínico o caso parece estar controlado e a evoluir favoravelmente nos últimos anos apenas com a intervenção psicomotora semanal.

Relativamente à comunicação verbal, que inicialmente era pouco frequente e feita por gritos e palavras soltas, esta tornou-se mais clara e frequente, bem como a expressão de afetos.

Como já foi exposto anteriormente, a criança evoluiu positivamente em quase todos os pontos avaliados. Em consulta com a mãe, no final do ano letivo, esta referiu que pediu um ano de adiamento para a entrada no primeiro ciclo, para que a criança possa ganhar mais algumas competências e autonomia ao nível da higiene e autocuidado.

É de sublinhar que um aspeto que sofreu algumas melhorias foi a atitude da mãe face às dificuldades da criança. O Pedro foi sempre muito assíduo e pontual às sessões e era sempre acompanhado pela mãe, no entanto esta vinha frequentemente desmotivada e com um aspeto triste e pouco cuidado. Segundo João dos Santos, o trabalho com os pais é fundamental e não faz sentido tratar a criança como um ser isolado, já que isso é muito redutor, pelo contrário deve contribuir-se para melhorar a qualidade de vida de toda a família (Vidigal, 2016b). Assim, após duas consultas com a mãe, em que estava teve a oportunidade de falar abertamente sobre a sua história e sobre os seus receios relativamente futuro do seu filho, esta passou a apresentar-se com uma expressão mais sorridente e positiva. Apesar de não ser comum a equipa de psicomotricidade fazer um acompanhamento tão direto também aos pais, considera-se que neste caso, devido ao historial de depressão da mãe, esta medida possa ter promovido indiretamente o desenvolvimento do Pedro ao tornar a mãe mais assertiva e segura.

Ainda no âmbito deste trabalho desenvolvido com a mãe, a fim de a consciencializar para os progressos da criança e para a motivar, a estagiária apresentou-lhe as tabelas com os resultados das BASC iniciais e finais e ambas discutiram os resultados. Esta prática também não é comum por parte da equipa, mas neste caso fez sentido abrir uma exceção, uma vez que a mãe reconheceu as diferenças e mostrou-se satisfeita e mais animada relativamente às evoluções e ao futuro do filho.

O facto de se conseguir integrar o Pedro num grupo foi também fundamental. Inicialmente não estava prevista esta integração, pois não eram esperadas evoluções tão rápidas e

significativas relativamente às competências relacionais. É de salientar que este ainda não se relaciona muito com os pares, mas começa a demonstrar algum interesse nas brincadeiras das outras crianças e mostra uma vontade crescente de interagir com elas.

Há ainda muitos objetivos a trabalhar com o Pedro e por isso ele deverá continuar o acompanhamento em psicomotricidade no próximo ano letivo. Deve ser dada particular atenção às categorias da BASC cujos resultados finais foram superiores aos iniciais, no caso do perfil clínico, ou inferiores, no caso do adaptativo. Estes aspetos podem dar informação útil acerca da evolução do quadro da criança e sobre a adequabilidade do plano terapêutico. Outro aspeto que não pode ser descurado é o trabalho de apoio à família, principalmente à mãe, uma vez que ficou claro que, neste caso, esta intervenção pode fazer a diferença na evolução do quadro do Pedro. Considera-se ainda que é fundamental a promoção das competências sociais da criança e por isso perentório que se mantenham as sessões de grupo.

Para concluir, após tudo o referido anteriormente, julga-se que a intervenção psicomotora tem sido essencial na evolução deste caso por ser uma disciplina que não assenta a sua prática na comunicação verbal. Tal como é referido por Strecht (1995), faz sentido a utilização de métodos terapêuticos que incluem a relação corporal em crianças com patologias ou dificuldades muito precoces. Assim, por ser uma intervenção holística, permite utilizar experiências sensoriais e motoras para trabalhar aspetos menos desenvolvidos do indivíduo e compensar dificuldades que surgem em fase muito precoces da sua vida sem que seja categórico o uso da palavra. Todavia, é também importante não descurar que é o trabalho integrado de toda a equipa de profissionais de várias áreas que permite um acompanhamento o mais adequado e completo possível ao Pedro e família.

Posta a apresentação e desenvolvimento deste caso clínico acompanhado, segue-se a exposição do segundo estudo de caso da estagiária, o Rodrigo.

Caso 2

O caso 2 é o caso do Rodrigo, um menino acompanhado na CE e que foi encaminhado para a intervenção psicomotora no ano letivo 2014/15. Segue-se a apresentação do caso, as avaliações, a definição do plano terapêutico e a intervenção da estagiária com o mesmo, bem como uma discussão e conclusão acerca do trabalho desenvolvido com esta criança.

Caracterização Anamnésica

O Rodrigo nasceu a 28/08/2007 e tinha 8 anos à data em que começou a ser acompanhado pela estagiária. É acompanhado na CE desde fevereiro de 2014 e seguido pela equipa de psicomotricidade desde janeiro de 2015.

É natural e vive na Amadora. A mãe é cabo-verdiana, trabalhava numa roulotte bar e agora está desempregada. O pai é português e está atualmente a trabalhar em Inglaterra.

O Rodrigo é o filho mais velho e vive no seio de uma família monoparental, o seu agregado familiar é composto pela sua mãe e irmão mais novo. A avó paterna fazia parte deste agregado familiar, mas faleceu em abril de 2016. A Ilustração 8 foi retirada do processo do Rodrigo. Este genograma foi elaborado pela

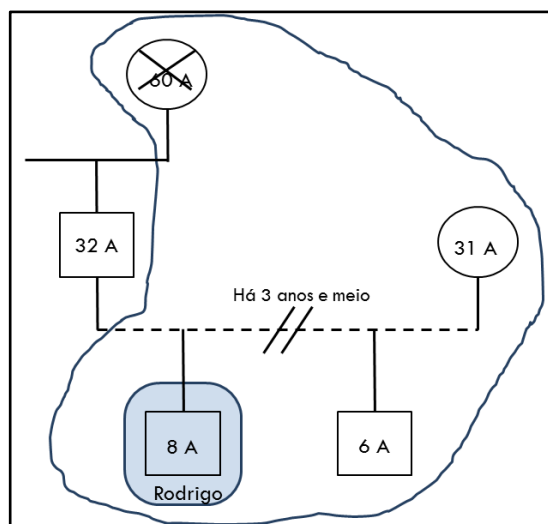


Ilustração 8 - Genograma do Rodrigo

médica responsável pelo caso e a estagiária apenas acrescentou a indicação de que a avó faleceu, por se tratar de um acontecimento mais recente.

Relativamente à gravidez, a mãe sofreu um aborto espontâneo antes da gravidez do Rodrigo. Durante a gestação da criança fumava um cigarro por dia e teve diabetes. O parto foi às 40 semanas e nasceu com 3,140 kg e com um índice de Apgar de 10 ao 1º e 5º minutos.

Relativamente à história clínica, há um historial de doenças metabólicas na família e é referido um primo afastado com uma deficiência grave, embora não seja especificado o carácter da mesma.

Com um mês o Rodrigo foi internado devido a um problema nos rins. A mãe descreve o seu desenvolvimento como típico até aos 2 anos e meio. “Aos 12 meses já andava, mas deu uma queda e só voltou a andar aos 18 meses” (sic mãe). É descrita uma regressão quase completa da linguagem com o nascimento do irmão, aos 2 anos e meio, altura em que a mãe teve uma depressão pós-parto. Foi seguido pela Cercitop em intervenção precoce dos 3 aos 5 anos, mas abandonou o acompanhamento quando a mãe saiu de casa para fugir do ex-companheiro. Por esta altura é referido que ocorreram alguns episódios de enurese.

Os pais estão separados desde 2012 e pouco depois o pai emigrou para Inglaterra. Tanto a avó paterna como a mãe sofriam de violência doméstica por parte dos ex-companheiros (avô paterno e pai do Rodrigo). A mãe refere que os filhos nunca observaram nenhuma situação destas entre os pais, mas que conseguiam ouvir as discussões a partir do quarto onde estavam e acrescenta ainda que antes da separação o menino era mais ligado ao pai.

No que diz respeito à situação económica da família, a mãe está desempregada há alguns anos para cuidar do Rodrigo. O pai envia uma mensalidade (cerca de 1000€) para sustentar a ex-companheira e os 2 filhos.

Quanto ao percurso escolar, o Rodrigo não frequentou o ensino pré-primário e esteve durante este ano letivo a repetir o 2º ano. São descritos alguns problemas entre a mãe e a antiga professora da turma, mas a professora atual mostra-se compreensiva e empenhada na criança. Está ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008, e durante este ano letivo aumentou o número de horas de ensino especial. Tem também acompanhamento da terapeuta ocupacional na escola e está à espera de apoio da segurança social para o financiamento da terapia da fala.

De referir que o pai quando vem a Portugal fica na casa da família, apesar da separação. Neste ano letivo, a assistente social da CE fez ainda uma intervenção junto da mãe por violência do avô paterno contra o Rodrigo, para tentar perceber a posição da mãe e saber se esta queria apresentar queixa. O menino foi também sinalizado à CPCJ pela escola por problemas comportamentais.

Na altura em que começou a ser acompanhado pela estagiária, o Rodrigo ainda não tinha nenhum diagnóstico definido para além das Dificuldades Intelectuais. A criança estava permanentemente a ser avaliada e seguida, mas a atribuição de um diagnóstico foi difícil devido a estas dificuldades, tal como foi explicado no capítulo relativo à PSPT.

A criança está medicada desde que começou a ser acompanhada na CE, no entanto tem sofrido numerosos ajustes na medicação pelas reações adversas que faz a alguns fármacos. À data da última sessão, o Rodrigo estava a tomar Aripiprazol 15mg, Valproato 250mg e Cloropromazina 12,5mg, utilizados respetivamente como antipsicótico (Infarmed, 2014), estabilizador de humor (Infarmed, 2016) e neuroléptico com ação sedativa e antipsicótica, este último utilizado para tratar a agressividade e a agitação psicomotora (Infarmed, 2015).

Hoagwood et al. (2001) referem que a utilização de fármacos em saúde mental infantil é cada vez mais frequente, mas clarificam também que, a par com muitas das terapias utilizadas em saúde mental, a utilização de fármacos carece ainda de estudos randomizados e controlados. Isto porque, frequentemente, a escolha e dosagem da medicação é baseada na experiência dos médicos ou nos protocolos de tratamentos para adultos e não em evidências científicas.

Hipóteses Explicativas

Para melhorar a compreensão e, conseqüentemente, a intervenção neste caso, foram selecionados os aspetos que parecem ter tido mais impacto no desenvolvimento do Rodrigo e nas suas características. Mediante uma organização cronológica dos acontecimentos, dois primeiros dados importantes parecem ser o internamento no primeiro mês e a queda aos 12 meses, depois da qual só voltou a andar aos 18 meses. Segue-se outro marco, aos 2 anos e meio dá-se o nascimento do irmão, uma depressão pós-parto da mãe e a regressão na fala. Para além disto, anota-se ainda um historial de violência doméstica entre os avós paternos e entre os pais. De realçar que todos estes acontecimentos ocorreram numa fase muito precoce da vida do Rodrigo, o que segundo Almeida (2005) marca profundamente a personalidade da criança e se traduz também em alterações ao nível do corpo.

Spitz parece ter sido o primeiro autor a estudar as conseqüências do afastamento precoce das crianças da sua figura de vinculação, debruçando-se nomeadamente sobre a análise do impacto da institucionalização em crianças pequenas (Mrazek, 1984). No entanto, Douglas (1975) foi um precursor no estudo das conseqüências a longo prazo deste afastamento devido a internamentos. O autor demonstrou que crianças sujeitas a uma ou mais hospitalizações numa fase precoce da sua vida, particularmente dos 6 meses aos 4 anos, estão mais propensas a manifestar subsequentemente problemas comportamentais e dificuldades de leitura. Por outro lado, Mrazek (1984) acrescenta ainda que as crianças que sofrem hospitalizações depois dos 6 anos já se encontram numa fase do desenvolvimento caracterizada por uma menor vulnerabilidade, e que não parecem ter tanta probabilidade de apresentar dificuldades a longo prazo, devido ao aumento da sua capacidade de *coping*.

Não foi encontrada qualquer literatura que relacionasse as quedas das crianças com conseqüências psicológicas, como o medo de voltar a andar, tal como foi sugerido pela mãe em consulta. No entanto, o facto de os indivíduos arrastarem os pés é uma das possíveis causas para os desequilíbrios e quedas enquanto aprendem a andar, e esta

situação parece estar relacionada com uma imaturidade do controlo supraespinal da marcha (Ivanenko, Dominici e Lacquaniti, 2007). Como é explicitado mais à frente, esta criança continua a apresentar alterações no seu perfil tónico e de equilíbrio, o que de acordo com Fonseca (2010) pode apontar que estas dificuldades se arrastam desde fases muito precoces. Estas estão possivelmente relacionadas com uma imaturidade do desenvolvimento do sistema nervoso central, já que segundo o autor este é o primeiro degrau de maturação neurológica e tem um papel fundamental no desenvolvimento motor e psicológico.

De acordo com a revisão científica de Volling (2012), o nascimento de um irmão pode traduzir-se ou não em alterações do comportamento do irmão mais velho, e estas podem ser positivas, como ganho de maturidade, ou negativas, como ciúmes, stresse e comportamentos disruptivos. A autora clarifica ainda que é natural, para crianças que adquiriram recentemente certas competências, que experienciem uma regressão nestes marcos desenvolvimentais, o que parece adequar-se a este caso. Ainda assim, de acordo com as conclusões deste estudo, o nascimento propriamente dito não parece ser uma peça determinante na explicação deste caso. Não obstante, Volling (2012) encontrou evidências de que há efetivamente uma diminuição na segurança da relação de vinculação entre a mãe e o primeiro filho depois do nascimento do segundo, sobretudo quando a mãe apresenta sintomatologia depressiva ou ansiosa nesta fase. Nesta sequência, uma vez que se sabe que a mãe do Rodrigo foi diagnosticada com uma depressão pós-parto após o nascimento do segundo filho, as conclusões deste artigo parecem enquadrar-se no estudo deste caso.

A depressão materna já foi abordada anteriormente neste relatório e por isso não será tratada novamente neste capítulo. Reforça-se apenas que esta psicopatologia na mãe está positivamente relacionada com alterações no desenvolvimento da criança e na sua saúde mental.

Num estudo que relaciona os atrasos na aquisição dos marcos de desenvolvimento com a violência entre os pais e o stresse psicológico associado, Gilbert, Bauer, Carroll e Downs (2013) concluem que, tal como é sugerido por estudos anteriores, esta violência está positivamente associada a efeitos negativos na saúde infantil. Este estudo indica que a violência e stresse associado estão relacionados com a falha na aquisição de pelo menos um dos quatro domínios de desenvolvimento até aos seis anos. São considerados os domínios da linguagem, pessoal-social, praxia global e praxia fina adaptativa e os primeiros três parecem ser os mais afetados nestes contextos. Os autores reforçam ainda que nestes

casos, e de acordo com a Academia Americana de Pediatras, os profissionais devem fazer o despiste de depressão parental.

Numa revisão de literatura Meltzer, Doost, Vostanis, Ford e Goodman (2009) citam outros estudos e indicam que crianças que assistem a episódios de violência doméstica demonstram mais problemas comportamentais e comportamentos antissociais, e podem reagir às situações demonstrando sintomas de trauma ou perturbações comportamentais e emocionais próximas da PSPT. Os autores citam ainda outros autores para referir que os rapazes têm mais tendência para comportamentos exteriorizados, como agressividade e desobediência, e as raparigas para comportamentos interiorizados, como ansiedade e depressão. No entanto, de acordo com o estudo de Meltzer et al. (2009) no Reino Unido, as crianças que testemunharam violência doméstica parecem ter mais propensão para desenvolver problemas de conduta comparativamente às outras crianças, mas o mesmo não se verifica para os problemas emocionais.

Ao longo do ano a médica levantou várias hipóteses diagnósticas para o Rodrigo. Devido à rigidez de algumas rotinas foi levantada a possibilidade de Perturbação do Espectro do Autismo. Pela sua descoordenação falou-se numa Perturbação da Coordenação Motora e pelas suas dificuldades na linguagem e de aprendizagem ponderaram-se os diagnósticos de Perturbação da Linguagem e de Perturbação de Aprendizagem Específica. No entanto, dada a frequência e intensidade destes sintomas, todos eles se enquadravam e eram melhor explicados pelo diagnóstico de Dificuldades Intelectuais. Ainda assim este diagnóstico não explicava as alterações bruscas de humor e por isso a criança foi também diagnosticada com PSPT, dado o historial de violência doméstica (APA, 2014).

Tudo parece indicar que o evento traumático por detrás deste diagnóstico é a violência doméstica. Todavia, não há informação acerca do seu início, embora se suspeite que tenha sido uma situação prolongada. Considera-se, para efeitos de diagnóstico, que o evento foi antes dos 6 anos visto que, segundo os dados fornecidos pela mãe, esta saiu de casa devido aos maus-tratos quando o Rodrigo tinha 5 anos.

No caso das crianças mais novas com PSPT é comum surgirem pesadelos assustadores e mudanças de humor, e quando a situação é prolongada é difícil identificar o início da sintomatologia e é frequente verificar-se uma restrição do brincar e do comportamento exploratório (APA, 2014). Se a estes dados forem adicionados a depressão materna e a entrada na escola apenas aos 5 anos, surgem alguns indicadores que levantam a hipótese de privação de estimulação.

Segundo a APA (2014), aspetos como inteligência inferior, história psiquiátrica familiar (depressão da mãe) e disfunção familiar atuam como fatores de risco pré-traumáticos. Esta associação enumera também algumas patologias para diagnóstico diferencial com a patologia em causa, de entre as quais se salienta as perturbações de personalidade e psicóticas. No entanto, tendo em conta as características de ambos os quadros, considera-se ainda assim que o diagnóstico de PSPT é o mais adequado.

É de referir que seria importante recolher mais informações junto da mãe acerca da história de vida da criança e que a conjugação da DID com a PSPT não explica todas as suas características, ainda que seja o diagnóstico que melhor se encaixa no seu perfil. Para procurar compreender este caso, deve ainda ser tido em conta o historial familiar de doenças metabólicas e a existência de pelo menos um caso de deficiência grave na família.

Concluindo, parece haver um número considerável de fatores, tanto contextuais como biológicos, que podem explicar as características e dificuldades da criança, e este quadro parece ser resultado da junção de todos eles.

Procedimentos e Instrumentos de Avaliação

A escolha dos instrumentos utilizados para avaliar o Rodrigo baseou-se nas queixas da mãe, nas expectativas da médica relativamente à intervenção psicomotora e nas características da criança, tendo também em conta os instrumentos mais utilizados pela psicomotricidade na CE (entrevista, DAP e BASC).

Desta forma, relativamente à avaliação inicial, o Rodrigo começou por ser avaliado por uma entrevista à mãe e a ele próprio. Uma vez que a criança foi acompanhada no ano letivo anterior, considera-se que esta primeira consulta foi de reavaliação.

As queixas da mãe prendiam-se essencialmente com o comportamento e as da médica apontavam para problemas relacionais e de equilíbrio. Relativamente à observação direta da criança, após uma primeira sessão verificou-se uma grande inquietação motora e agressividade dirigida aos objetos. Assim percebeu-se a dificuldade em aplicar itens da BPM e a necessidade de conhecer a criança em jogo espontâneo. Por esta razão, foi avaliada em sessões individuais durante três semanas, através da aplicação da GOC e do DAP.

Através da observação do Rodrigo em jogo espontâneo nestas primeiras sessões, a estagiária preencheu a GOC. Na terceira sessão a estagiária sugeriu algumas atividades para lhe permitir avaliar pequenos aspetos que constam na GOC e que ainda não tinham surgido nas sessões anteriores. O DAP foi aplicado integralmente no início de uma sessão,

na sala de motricidade. O Rodrigo aceitou sentar-se e desenhar o que lhe foi pedido. Enquanto desenhava mostrou-se motivado e relatou o que estava a desenhar. Todas estas sessões de avaliação tiveram lugar à quinta-feira, por volta das 11h30.

Foi ainda solicitado à mãe e à professora que preenchessem respetivamente a BASC para pais dos 6-11 anos e a BASC para professores dos 6-11 anos mas, apesar da insistência, a mãe nunca devolveu nenhuma das escalas. A BASC de autopreenchimento não foi aplicada pois, apesar de a criança ter oito anos na altura, considerou-se que as dificuldades intelectuais da mesma, aferidas por avaliações psicológicas anteriores, não permitiam a compreensão e preenchimento dos itens da escala. Esta dificuldade é também apontada por Hurley et al. (2007), no entanto os autores sublinham a importância da recolha de informação junto de terceiros (pais, professores, etc.), da obtenção do máximo de dados possíveis acerca da história familiar e médica, e da utilização de avaliações psicológicas.

No que respeita à avaliação final, o Rodrigo abandonou a terapia sem aviso prévio um mês antes do final do ano letivo e por esta razão não foi possível replicar o DAP. Quanto à entrevista com a mãe no final do ano letivo, esta foi marcada com alguma antecedência, mas a mãe faltou e devido à desistência da terapia não foi possível reagendar. Visto que as BASC iniciais nunca foram devolvidas e não houve oportunidade de entregar as BASC no final do ano letivo, considera-se que este instrumento de avaliação não foi utilizado neste caso. Neste sentido, o único instrumento de avaliação utilizado no início e final da intervenção foi a GOC, uma vez que a estagiária pôde preencher esta grelha sem a criança estar presente, através dos registos e das memórias que tinha das últimas sessões.

Avaliação Inicial

Na entrevista com a mãe, esta refere que há queixas na escola de irrequietude motora e de alterações bruscas de humor que conduzem a episódios de violência. Relativamente ao comportamento do Rodrigo em casa, menciona alguma agressividade para com o irmão. Estas queixas comportamentais apontam para problemas exteriorizados, o que vai ao encontro do referido anteriormente acerca dos rapazes testemunhas de violência doméstica. Não obstante, a mãe refere ainda que, relativamente ao ano letivo anterior, o Rodrigo tem mais equilíbrio e coordenação, embora a sialorreia esteja pior devido à medicação.

Quanto à GOC inicial (em anexo no CD), a grelha revela uma hipertonidade e dificuldades na manutenção da atenção e da motivação em atividades estruturadas. São evidentes alguns movimentos estereotipados, alterações bruscas de humor, agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração. Ao nível da comunicação e dos fatores

psicomotores, apresenta dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, na equilibração, estruturação espaciotemporal, noção do corpo e praxia global. Por outro lado, a criança procura muito a fantasia e a relação com a terapeuta mas não consegue organizar e permanecer num jogo “faz-de-conta”. Não demonstra interesse particular por nenhum material e circula pelo espaço sem se fixar em nenhum objeto.

Mediante a aplicação do DAP, apresentado no Anexo C1 – DAP inicial, a criança obteve os valores brutos de 22, 18 e 20 em 64, respetivamente para o desenho do Homem, Mulher e Próprio. Assim, tendo em conta as normas para a idade da criança, o Rodrigo obteve a classificação de “deficiente”. O desenho do homem foi o mais investido e a criança referiu que desenhou o homem-aranha. No desenho da mulher fez a diferenciação de género através dos longos cabelos e no desenho do próprio desenha-se com óculos, apesar de não utilizar. É de salientar que todos os desenhos foram desenhados na diagonal, independentemente da orientação vertical ou horizontal da folha quando foi dada pela estagiária. Uma vez que esta situação pode indicar alguma condição neurológica subjacente, este facto foi comunicado à médica.

Na avaliação inicial, foram também tidos em conta os critérios do DSM 5 para a PSPT. Pela observação informal foi possível identificar alguns sintomas que suportam este diagnóstico, tais como surtos de raiva com pouca ou nenhuma provocação, comportamentos imprudentes e auto-destrutivos, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e cognições distorcidas persistentes acerca da causa do evento traumático, uma vez que culpa a mãe pela violência doméstica.

Plano Terapêutico

Considerando as dificuldades detetadas através da avaliação inicial, bem como os sintomas descritos pela mãe e a informação da equipa de psicomotricidade do ano anterior, elaborou-se um plano terapêutico.

Inicialmente foram definidos os fatores protetores e de risco do caso do Rodrigo para conhecer e compreender melhor o seu contexto, tal como é exposto na Tabela 7.

Tabela 7 - Fatores protetores e de risco do Rodrigo

Fatores protetores	Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade financeira • Mobilização da mãe para arranjar apoios e terapias • Relação com a mãe e irmão • Nova professora • Motivação intrínseca para a terapia • Relação de confiança com a terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades Intelectuais • Estado depressivo da mãe • Clima instável quando o pai vem a Portugal • Historial de problemas com a antiga professora e problemas na escola • Falta de assiduidade e pontualidade às sessões

A respeito dos fatores protetores, a mobilização da mãe e a relação do Rodrigo com a mãe e irmão são fatores que a estagiária considera existirem e que considera positivos. No entanto, outros profissionais da CE acreditam que esta relação é por vezes prejudicial e que a mobilização da mãe só acontece quando esta se encontra estável psicologicamente. Logo, admite-se que estes aspetos também podem por vezes atuar como fatores de risco. Quanto à motivação intrínseca para a terapia, a relação de confiança e a falta de assiduidade e pontualidade, é de frisar que estes são pontos que foram acrescentados mais tarde à tabela, uma vez que a sua verificação dependeu de algum tempo de intervenção.

Elaborou-se também a Tabela 8, com os pontos fortes e menos fortes do Rodrigo tendo em conta a sua avaliação inicial, de forma a resumir e esquematizar as principais características da criança, tal como é exposto abaixo.

Tabela 8 - Pontos fortes e menos fortes do Rodrigo

Pontos fortes	Pontos menos fortes
<ul style="list-style-type: none"> • Motivado e interessado nas atividades • Capacidade de jogo simbólico • Estabelece facilmente contacto visual • Aceita o toque e procura a relação com a terapeuta • Grande interesse no Homem-aranha, Toy Story e Hulk 	<ul style="list-style-type: none"> • Discurso e pensamento confusos • Dificuldades na compreensão e expressão oral • Dificuldades na distinção entre fantasia e realidade • Dificuldades na equilibração, estruturação espaço-temporal, noção do corpo e praxia global

Relativamente aos objetivos gerais traçados, estes são apenas de âmbito relacional e psicomotor, uma vez que as dificuldades mais graves detetadas pela avaliação são nestes

âmbitos. Não foi descurado o facto de a criança ter dificuldades intelectuais e por isso haver também espaço para objetivos de carácter mais cognitivo, no entanto, dado o temperamento agressivo da criança, as preocupações da médica com as questões da equilíbrio e o facto de este ser um serviço de Saúde Mental, foi dada prioridade aos domínios psicomotor e relacional.

Os objetivos foram então elaborados a partir da avaliação inicial do Rodrigo, mas tomando também em linha de conta a intervenção psicomotora no ano letivo anterior e as preocupações da mãe e da médica. À semelhança do caso apresentado anteriormente, na Tabela 9 são apresentados os domínios, objetivos gerais e objetivos específicos delineados, bem como o instrumento de avaliação com o qual se pretendia avaliar a aquisição dos objetivos.

Tabela 9 - Objetivos definidos para o Rodrigo

Domínio	Objetivo geral	Objetivo específico	Instrumento
Relacional	Promoção do relacionamento social adequado	Aumentar a autoestima e autoconceito	BASC
		Promover a capacidade de autocontrolo perante situações potencialmente stressoras (tolerância à frustração)	GOC e BASC
		Aumentar a iniciativa para o estabelecimento de relações sociais saudáveis e adequadas, fora do espaço da sessão	BASC e entrevista
		Melhorar a capacidade de empatia	GOC
		Aumentar o tempo na tarefa em situações sociais (ex. jogo)	GOC e BASC
		Diminuir a impulsividade em situações sociais (ex. jogo)	GOC e BASC
Psicomotor	Promoção da equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	GOC
		Promover o equilíbrio dinâmico (Diminuir a frequência de quedas)	GOC e entrevista
	Promoção da noção de espaço e tempo	Melhorar o conhecimento e distinção entre espaço real e imaginário	GOC e DAP
		Compreender a duração da sessão (aceitar o final da mesma)	GOC
		Explorar todo o espaço da sessão	GOC
	Promoção da noção do corpo	Promover o reconhecimento dos segmentos e limites corporais	DAP
		Aumentar o número de segmentos corporais nomeados em si	GOC
		Aumentar o número de segmentos corporais nomeados no outro	GOC

Esta tabela foi elaborada sem que a BASC tivesse sido entregue, na fase em que a estagiária pedia frequentemente à mãe que devolvesse a sua escala e a da professora. Esta carência de informação acerca dos comportamentos do Rodrigo, principalmente em contexto escolar, dificultou a elaboração de um plano terapêutico. Ainda assim, este foi construído assumindo que este instrumento acabaria por ser devolvido e por isso foi colocado como forma de aferir a aquisição de alguns objetivos, no entanto esta devolução não se verificou. Portanto, tal como é possível depreender, uma vez que o instrumento nunca foi entregue também não foi possível avaliar com precisão se alguns dos objetivos foram ou não alcançados no final do ano letivo.

Relativamente à periodicidade e tempo de sessão, tal como no caso 1, ficou definido que as sessões teriam lugar uma vez por semana e teriam a duração de 30 minutos, devido às restrições de horário da sala e da equipa e pelo número de casos acompanhados.

Ao nível do papel assumido pela estagiária, esta procurou seguir a seguinte frase a respeito da intervenção em PSPT: “O terapeuta deve tornar-se a figura que personifica a previsibilidade e a segurança para o paciente, bem como a pessoa com quem as dimensões do controlo e ambivalência podem ser trabalhadas” (Turner et al., 1996, p. 553). Assim, a respeito da tipologia da sessão, devido ao diagnóstico e às características da criança, como a grande agressividade e as dificuldades graves de relação com os pares, ficou definido que o acompanhamento seria em sessão individual.

A diretividade começou por ser algo pouco presente nas sessões, para permitir a exteriorização das frustrações de uma forma mais violenta. A terapeuta principiou por assumir um papel de aceitação dos seus acessos de raiva, sem recriminações, e por demonstrar interesse por si e pelas suas histórias e fantasias. Procurou também colocar-se fisicamente à mesma altura da criança para facilitar a emergência da relação empática e de confiança, tal como abordado por Rodrigues et al. (2001).

No entanto, com o passar do tempo, com um maior equilíbrio emocional, previu-se um recurso maior à diretividade. Esta mudança de atitude justifica-se pelas suas dificuldades intelectuais e procurou melhorar o aproveitamento do tempo de sessão e evitar a dispersão por várias atividades inacabadas. Assim, caracterizou-se não pela imposição de atividades, mas principalmente pela condução guiada do tempo.

Seguindo a cronologia do desenvolvimento humano, tentou-se acima de tudo começar por assegurar a estabilidade emocional e relacional, pois o primeiro comportamento da criança é do tipo afetivo, o que também é válido em casos de DID (Wallon, 1978). Relativamente à

PSPT, Turner et al. (1996) sublinham também a importância da estabilização emocional da criança, tal como abordado no capítulo relativo a esta perturbação.

Ao nível do enfoque do plano terapêutico, previu-se que a intervenção psicomotora com este caso desse particular atenção aos comportamentos de exteriorização do Rodrigo. Acompanhando a linha de Boscaini e Saint-Cast (2010) a respeito de um estudo de caso, estas atitudes deviam ser recebidas pela terapeuta e as emoções contidas nestes movimentos deviam ser transformadas e reenviadas para a criança, através de uma expressão corporal mais socialmente aceitável. O objetivo era aceitar a expressão comportamental, canalizar as suas frustrações para jogos simbólicos onde estas pudessem ser desconstruídas e vivenciadas de outra maneira e, em última análise, dar um sentido positivo aos seus sentimentos, como sugerido por Costa (2008) e Boscaini e Saint-Cast (2010).

Para terminar, de sublinhar novamente que foi dada prioridade a aspetos psicomotores e relacionais, mas que numa intervenção a médio/longo prazo se previa o estabelecimento de objetivos no âmbito da cognição e das aprendizagens académicas.

Intervenção

Nas primeiras sessões a criança assumia o papel do Hulk e deslocava-se pela sala pontapeando e dando murros aos objetos. Procurava explicar à estagiária que era como no filme e por vezes alternava estes comportamentos com momentos de passividade onde dramatizava a transformação do homem em monstro e vice-versa. Este jogo/dramatização, devido à sua repetição e intensidade, vem apoiar o diagnóstico de PSPT, pois segundo o DSM 5 é comum estas crianças terem brincadeiras repetitivas acerca do tema ou de pormenores do evento traumático (APA, 2014). Segundo Vecchiato (1989), o facto de a criança manifestar a agressividade sobre os objetos da sala está associado às problemáticas inconscientes existentes.

A instabilidade característica desta criança pode ser interpretada como uma reação à ansiedade associada à insegurança nas suas relações. O Rodrigo canalizava as suas angústias para o movimento, tal como é sugerido por Rodrigues et al. (2001). Este início da intervenção primou assim pela desorganização das ações e pela ausência de uma história com uma sequência lógica de eventos.

Devido às dificuldades cognitivas e na expressão verbal, não foi possível compreender se os jogos mais violentos nas primeiras sessões eram elaborados pela criança como situações no plano da fantasia, ou se eram reações dissociativas típicas da PSPT, em que

o Rodrigo estava a reviver o evento traumático no jogo, tal como é sugerido pela APA (2014).

Segundo Wallon, “A criança repete em seus jogos as impressões que acaba de viver; reprodu-las e imita-as” (1978, p.75). Assim, no caso do Rodrigo, procurou-se começar com a aceitação da sua agressividade e permitir a sua expressão através de comportamentos mais exacerbados e violentos contra os objetos, como forma de exteriorização das suas angústias, tal como é descrito por Boscaini e Saint-Cast (2010).

Acerca das emoções, Wallon (1925) referia que a mais difundida em crianças com dificuldades intelectuais é a raiva, referindo que esta pode ser uma reação ao seu contexto. Quanto à tristeza e ao choro, este autor refere que estes fenómenos já exigem um maior desenvolvimento psíquico e isso justifica o facto de a criança não chorar quando abordava os episódios de violência doméstica.

Quando questionada diretamente sobre o Hulk e sobre se ele conhecia alguém assim, o Rodrigo rapidamente fugia para a fantasia dizendo que era um filme. Segundo Turner et al. (1996) o evitamento relativamente ao evento traumático deve ser entendido como uma escolha legítima da vítima, mas também como algo potencialmente nefasto a longo prazo. Neste sentido, e dada a dificuldade da criança em elaborar e expressar verbalmente as suas emoções, optou-se por dar prioridade ao jogo simbólico e colocar para segundo plano a verbalização.

Com a evolução da terapia foi possível introduzir momentos de contenção, frequentemente pedidos pela criança, com contacto corporal, em que a mesma acalmava e ficava imóvel por algum tempo. Seguindo o trabalho de Martins (2001a), os laços afetivos criados com a terapeuta, que neste caso se colocou na posição reparadora da relação, permitiram o investimento adequado nos objetos e uma melhor gestão do espaço interpessoal.

Após algum tempo de intervenção, os objetivos delineados inicialmente acabaram por ter de ser ligeiramente modificados, e os objetivos com incidência relacional foram priorizados. Isto deveu-se ao facto de as dificuldades do Rodrigo serem mais profundas do que aparentavam ser inicialmente. Devido às dificuldades intelectuais e a sintomas relacionados com o trauma, a evolução tornou-se difícil de prever e os meses iniciais incidiram na construção de uma autoestima e autoconceito positivos, em estratégias de autocontrolo da agressividade e na reparação das relações interpessoais. Assim, os objetivos do domínio psicomotor foram passados para uma segunda fase da intervenção.

Mais tarde, começou a organizar-se mais a sessão e a canalizar os seus comportamentos para o jogo simbólico, principalmente numa relação de cuidador-cuidado. Nestas brincadeiras assumia-se muitas vezes um tipo de relação maternal devido à sua imaturidade relacional, tal como é corroborado por Rodrigues et al. (2001). Esta fase acabou por emergir naturalmente, o que vai ao encontro do que é dito por Vecchiato (1989) acerca dos comportamentos de regressão espontâneos. O autor refere que pode ser importante permitir a regressão simbólica a fases mais precoces da vida do sujeito, apesar de esta não dever ser imposta pelo técnico, e que estes comportamentos surgem quando a criança se liberta de culpabilizações e limitações.

Surgiram também brincadeiras em que a terapeuta era morta, na maior parte das vezes por “inimigos”, e o Rodrigo a tratava para que ela recuperasse a vida. Apesar de este jogo ter uma componente violenta associada à luta contra a terapeuta ou contra outros inimigos, considera-se que foi o mesmo que permitiu que esta fase agressiva fosse ultrapassada. A partir deste momento foi possível começar a sentir melhorias ao nível das suas relações interpessoais, principalmente devido à sua forma mais adequada e menos hostil de se relacionar com os adultos e com os pares. Os momentos com comportamentos e jogos agressivos que transpareciam recordações angustiantes, involuntárias e intrusivas típicas do quadro (APA, 2014) foram diminuindo de frequência e duração ao longo dos meses de intervenção. Esta evolução vai ao encontro do que é mencionado por Boscaini e Saint-Cast (2010) acerca das emoções nascerem das interações. Os autores afirmam que as emoções devem ser consideradas como um resultado imediato de um ambiente e não apenas como o fruto de características inerentes ao indivíduo.

No final do ano letivo surgiu ainda um episódio muito marcante, a morte da avó paterna do Rodrigo, que vivia com ele. Este evento fez com que o pai viesse a Portugal e levantou na família muitas dúvidas acerca do que fazer e como explicar a situação à criança. O pai procurou a estagiária para a informar acerca da situação e para perceber o que deveria fazer. Contudo, apesar do momento desestabilizador, o menino acabou por ultrapassar com relativa facilidade a situação e inclusivamente falar espontaneamente da morte da avó na sessão seguinte.

O Rodrigo esteve presente em 15 sessões e os registos completos das mesmas encontram-se em anexo no CD, na pasta “5. Estudo de caso 2”.

Avaliação Final

Como já foi referido não foi possível replicar o DAP nem fazer uma entrevista final com a mãe, assim o único instrumento utilizado para a avaliação final foi a GOC.

Este instrumento revela melhorias ao nível da tonicidade e maior facilidade na adesão à passividade, bem como diminuição dos movimentos estereotipados. A forma de apresentação é mais calma do que inicialmente. Quanto ao comportamento e desempenho nas tarefas, de uma forma geral está mais cooperante, mais atento, menos impulsivo e permanece durante mais tempo e com mais empenho na tarefa. Comunica verbalmente de forma mais perceptível e coerente e procura o jogo “faz-de-conta”, fazendo-o de forma mais organizada. Demonstra um interesse particular pelo baloiço e piscina de bolas mas explora todos os materiais. Compreende a duração da sessão e tolera melhor o insucesso. Relativamente aos fatores psicomotores, para além da tonicidade, a noção do corpo é o que apresenta melhorias mais marcadas. Este instrumento (avaliação inicial e final) pode ser consultado na pasta relativa ao estudo de caso 2, no CD, onde também consta a tabela com os objetivos definidos para o Rodrigo com a indicação do grau de aquisição dos mesmos.

Discussão e Conclusões

Desde as primeiras sessões foi criada uma relação terapêutica de confiança e empatia entre a terapeuta e a criança, e a última mostrou-se sempre muito motivada para a intervenção. Quanto à relação com a família, neste caso concreto com a mãe, esta passou por diferentes fases e pode caracterizar-se como ambivalente. Por vezes, a mãe aparecia com um sorriso e parecia depositar toda a confiança e todas as esperanças na terapia e nos profissionais da CE. Outras vezes aparecia revoltada e sem esperança. Outras vezes ainda, frequentemente, não trazia o filho à terapia.

Relativamente à escola, não foram estabelecidos contactos telefónicos ou presenciais uma vez que a médica responsável pelo caso manteve sempre contacto com as professoras, já que nos anos letivos anteriores houve problemas na relação entre a mãe e a escola. Para além das conversas com a pedopsiquiatra, com a mãe e com o próprio Rodrigo, não se conseguiu obter qualquer informação mais direta proveniente da escola já que as BASC não foram devolvidas.

A comunicação estabelecida com a médica responsável pelo caso foi muito frequente e efetiva. A profissional demonstrou-se sempre muito disponível para responder a questões da estagiária e esclarecer informações mais antigas acerca do Rodrigo. Também mostrou muito interesse em saber a opinião da equipa de psicomotricidade acerca do caso e em manter-se a par dos progressos da criança em terapia.

Houve ainda a necessidade de reunir com a assistente social devido aos maus-tratos ao Rodrigo por parte do avô, como foi aludido na Caracterização Anamnésica deste caso.

Segundo o DSM 5, o apoio social é um fator protetor que atenua os efeitos negativos do trauma, e aqui se inclui a estabilidade familiar da criança (APA, 2014). Esta comunicação revelou-se fundamental no sentido em que a profissional inteirou a estagiária da situação familiar e escolar da criança e deu informações atualizadas acerca dos apoios que a mãe estava a receber e dos acompanhamentos do Rodrigo. Assim sendo, fundamenta-se a importância da manutenção do contacto entre as diferentes áreas da CE, neste caso específico da relação com a assistente social, para conseguir uma prática psicomotora em conformidade com as informações e objetivos das restantes áreas que apoiam este menino.

Apesar de tudo, segundo a opinião da médica pedopsiquiatra e da equipa de psicomotricidade a evolução foi favorável. Pelos motivos já mencionados, não foi possível obter a opinião da professora. Relativamente à mãe, esta também não entregou as BASC, mas ao longo do ano foi-se tentando perceber, em conversas informais antes e depois das sessões, a evolução do Rodrigo fora do contexto das sessões. Chegou a marcar-se uma reunião com a mãe no final do ano para fazer o balanço da intervenção psicomotora, no entanto esta faltou a essa consulta sem aviso prévio e a partir daí o Rodrigo nunca mais compareceu nas sessões.

Uma das principais dificuldades que surgiu durante a intervenção com o Rodrigo foi a falta de assiduidade e principalmente de pontualidade, a par com o abandono da terapia no final do ano letivo. Julga-se que este aspeto e as dificuldades intelectuais da criança foram os dados que mais condicionaram a evolução e eficácia do acompanhamento.

Assim, pode afirmar-se que o Rodrigo não teve a evolução esperada inicialmente e, ao contrário do que tinha sido inicialmente previsto no seu Plano Terapêutico, não houve espaço para delinear objetivos com uma incidência mais cognitiva, nem para trabalhar aprofundadamente os objetivos de âmbito psicomotor. Todavia, a intervenção de carácter relacional promoveu a criação de uma base emocional mais estável, ao permitir a desconstrução dos sentimentos de abandono e proporcionar situações de jogo que possibilitaram a expressão da agressividade e preocupações. Foi claro o aumento da autoestima e da confiança em si e no outro, que se refletiu, entre outras coisas, na melhoria na adesão à passividade.

Seria importante explorar melhor a qualidade do sono da criança e a possibilidade de terem havido abusos sexuais. Apesar de este tema nunca ter aparecido manifestamente em situações de jogo, alguns sinais em sessão levantaram esta dúvida na estagiária.

Para terminar, uma vez que as dificuldades relacionais, de comunicação verbal e cognitivas condicionam as terapias, considera-se que a intervenção psicomotora se constituiu como uma mais-valia na intervenção neste caso, pelo facto de esta não estar dependente da expressão verbal. Carvalho e Ramires (2013) concluem que o tratamento com base no jogo permite às crianças que reelaborem as suas experiências traumáticas num ambiente seguro, reduzindo também os sintomas depressivos. Com o Rodrigo, a psicomotricidade permitiu não só compreender a problemática através dos sinais não-verbais como também tratá-la por meio do corpo e do jogo, incitando na criança uma grande dose de motivação e espontaneidade devido à fraca diretividade das sessões.

Expõem-se de seguida as dificuldades e limitações associadas a toda a prática profissional da estagiária, ou seja, relativas à Parte II: Prática Profissional deste relatório.

Dificuldades e Limitações

Ao longo do ano a estagiária acabou por fazer uma caminhada muito pessoal, durante a qual se deparou com muitos desafios, quase diariamente. Estes constituíram uma parte importante da experiência de estágio e permitiram o crescimento enquanto profissional. Frequentemente apareceram situações novas, com as quais a estagiária nunca tinha lidado e que por vezes foram obstáculos.

Em primeiro lugar, há que referir o contacto próximo com a psicodinâmica utilizada frequentemente na CE para abordar os casos. Não que este aspeto fosse uma dificuldade ou limitação, mas representou um abandono da zona de conforto da estagiária e obrigou-a a investigar mais aprofundadamente sobre alguns conceitos complexos. Ainda assim, sem prejuízo dos aportes teóricos essenciais que esta corrente trouxe à sua prática, a aluna crê que é fundamental conhecer diversas teorias e utilizar conceitos de todas elas, conforme se adegue a cada caso. Tal como se justificou a utilização de diferentes métodos de relaxação na intervenção com o grupo, considera-se muito redutor olhar para um caso sob uma só perspetiva teórica. Mais ainda, julga-se preponderante manter-se atualizado nos progressos científicos que vão sendo feitos.

Relativamente à prática propriamente dita, alguns comportamentos em sessão, certas opiniões e desabafos dos pais ou até determinados comentários dos professores das crianças e de outros profissionais da CE criaram algumas vezes situações imprevistas com as quais a estagiária não estava habituada nem convenientemente preparada para lidar.

Outras situações inesperadas aconteceram com os próprios casos, tal como foi ilustrado pelos 2 expostos. Para começar, foi um desafio definir objetivos realistas, significativos e

passíveis de serem verificados. Depois, ao longo do ano, foi interessante perceber que, na prática, os sintomas são muitas vezes difusos e por isso os diagnósticos nem sempre são inequívocos. Para além disso, percebeu-se também que os planos terapêuticos são isso mesmo, planos. Estes não devem ser modificados frequentemente, apesar de os profissionais nunca deixarem de se questionar e repensar os casos. Por vezes, os casos não evoluem como previsto, os ritmos para a aquisição de objetivos não são os esperados, as avaliações iniciais não revelam a profundidade do caso ou simplesmente questões e dificuldades inesperadas vão surgindo com o passar das sessões. No caso 1, por exemplo, a evolução foi mais favorável do que esperado inicialmente e foi possível começar as sessões de grupo no mesmo ano letivo. Por outro lado, no caso 2 ocorreram alguns imprevistos com as avaliações e com a própria evolução da terapia, e foi também necessário adaptar o plano inicial, mas neste caso selecionando apenas alguns objetivos e priorizando-os. Assim, é necessário adequar-se às situações e por vezes é mesmo essencial ter a flexibilidade para mudar de rumo.

Houve, no entanto, situações que, pela sua complexidade ou pelas características da estagiária, se edificaram como dificuldades mais sérias. As principais foram questões relacionadas com a ética, a morte, os contextos e dinâmicas familiares, o desconhecimento acerca da psicomotricidade por parte dos pais e professores, e o volume de casos atendidos.

Relativamente à ética, por vezes não foi fácil encontrar alguns limites. O que dizer ou não aos pais? O que permitir ou não às crianças? Estas foram questões com as quais a estagiária se foi deparando ao longo do ano. Tentou sempre respeitar-se a confidencialidade terapeuta-cliente, apesar de nem sempre ser fácil pois os pais insistem em saber o que os meninos fazem e o que dizem nas sessões.

A morte foi também um assunto um pouco recorrente este ano, com um menino a perder a mãe e dois meninos a perderem avós dos quais eram extremamente próximos. Estas acabaram por ser situações muito complicadas para os pais e avós, que pediram ajuda e conselhos aos técnicos de psicomotricidade. Do ponto de vista emocional, foi bastante duro e a estagiária questionou-se algumas vezes sobre como poderia ajudar crianças que estavam a passar por uma situação tão difícil se ela própria nunca tinha passado por isso. Apesar deste “choque de realidade”, foram situações que acabaram por ser ultrapassadas de uma forma relativamente rápida e positiva, com alguma ajuda dos técnicos e muita capacidade de resiliência das crianças.

Os contextos e as dinâmicas familiares foram igualmente um desafio, por vezes pelas personalidades dos pais, pelas brigas na família ou mesmo pela violência doméstica, outras vezes pelas histórias de vida penosas ou pelos contextos socioeconómicos difíceis. Foi árduo perceber que, na realidade, nem todas as crianças nascem iguais em direitos. E foi difícil lidar com certas situações e perceber a linha entre a nossa função enquanto profissionais e a vontade de nos envolvermos em termos mais pessoais adotando medidas mais drásticas para proteger os menores.

A estagiária deparou-se ainda com o desafio tão comum na nossa profissão: o desconhecimento, e consequente descrédito, da nossa prática, principalmente por parte dos pais e professores. Felizmente esta situação não foi tão recorrente como inicialmente esperava, contudo foi ainda difícil lidar com algumas questões e comentários. Estes fizeram com que tivesse de esclarecer várias vezes a definição de psicomotricidade e de justificar a utilização desta terapia em detrimento de outras, como a psicoterapia por exemplo. Houve também situações em que a família desistiu da terapia por falta de capacidades económicas para as deslocações ou por não acreditar na sua eficácia, o que também entristece toda a equipa de psicomotricidade.

Este desconhecimento da área, aliado a contextos e dinâmicas familiares difíceis, levou ainda a níveis de assiduidade muito baixos em alguns casos e a dificuldades em fazer avaliações completas às crianças (como ilustrado pelo estudo de caso 2), o que também dificultou bastante o trabalho da estagiária.

Por último, aponta-se o volume de casos acompanhados como uma limitação. É certo que do ponto de vista da estagiária o horário permitia algum tempo livre, o que foi um ponto positivo já que possibilitava organizar assuntos mais burocráticos. No entanto, tendo em conta o número de casos encaminhados para a equipa de psicomotricidade, considera-se que seria mais proveitoso aumentar o número de horas de intervenção. Isto porque, para atender a todos os pedidos de encaminhamento, alguns grupos eram por vezes maiores do que o ideal e as sessões eram reduzidas a 30 minutos, o que acaba por comprometer os progressos das crianças.

Apesar de tudo, considera-se que as dificuldades e limitações não foram muitas e sobretudo não condicionaram negativamente a experiência da estagiária, pelo contrário foram as necessárias para proporcionar o crescimento esperado com esta experiência. Pensa-se que isto se deve à história da psicomotricidade na CE e também ao apoio moral constante dos orientadores de estágio, colegas e de toda a equipa de profissionais da clínica.

Posto isto, fala-se de seguida acerca das atividades complementares de formação como parte integrante da prática profissional da estagiária.

Atividades Complementares de Formação

Para além de toda a formação prática exposta anteriormente, principalmente relacionada com as consultas e o contacto direto com as crianças, famílias, escolas e outros profissionais da CE, existiram ainda algumas atividades complementares de formação em que a estagiária teve a oportunidade de participar e que se mostraram igualmente importantes neste processo de formação.

Estas subdividem-se em Reuniões semanais no Núcleo de Estágio, Reuniões semanais na Clínica da Encarnação, atividades de Formação Adicional e a redação de um Artigo. Todos os trabalhos mencionados nos próximos subcapítulos encontram-se no CD anexo a este relatório. Aqui podem também encontrar-se vídeos realizados pela estagiária para complementar algumas apresentações.

Reuniões semanais no Núcleo de Estágio

A estagiária teve reuniões semanais com o professor Rui Martins, orientador académico, e também com 4 colegas de mestrado, todos eles estagiários em contextos de saúde mental e orientados pelo mesmo professor. Nestas reuniões foram apresentados e discutidos casos clínicos acompanhados por cada um dos estagiários e foram trocadas impressões, críticas e sugestões relativas às práticas de cada um. Foram ainda apresentados trabalhos feitos individualmente ou a pares pelos estagiários tendo em conta os seus interesses dentro da sua área de intervenção.

Esta supervisão especializada externa à CE, mas em contexto de saúde mental, constituiu-se como uma forma eficiente de diálogo entre profissionais, um apoio real à prática e teve um forte enfoque na discussão acerca de aspetos relacionais, tal como é abordado por Hölter (2006) acerca da intervenção psicomotora com pacientes psiquiátricos. Este trabalho foi importante pois, tal como descrito por Demarchi (2008), permitiu a aprendizagem dos estagiários e do orientador e constituiu-se como um local privilegiado e protegido para a colocação de dúvidas, confrontação de ideias e exposição de angústias. Demarchi (2001, cit in Demarchi, 2008) refere ainda que este é um espaço de articulação entre a prática e os aspetos teóricos e que permite ao estagiário ter uma melhor e mais abrangente compreensão da sua prática. Neste sentido, a supervisão enriquece muito a formação do psicomotricista pois promove a sua capacidade de autoanálise e possibilita o seu crescimento enquanto profissional.

No decorrer do ano letivo a estagiária fez um total de 5 apresentações para o núcleo de estágio. Estas consistiram em 2 apresentações de estudos de caso (caso 1 e caso 2 deste relatório) e 3 sobre temáticas do seu interesse. Relativamente aos temas destas 3 apresentações, um dos trabalhos centrava-se nos Aspectos Psicodinâmicos da Infância e foi feito individualmente, o segundo trabalho apresentado foi feito a pares, com uma colega, e incidiu na Psicossomática e Psicomotricidade, e por último fez ainda uma exposição sobre Funcionamentos Psicossomáticos baseados na psicossomática relacional, novamente a título individual. As cinco apresentações encontram-se em anexo em CD na pasta “6. Apresentações no Núcleo de Estágio”.

Reuniões semanais na Clínica da Encarnação

Ao longo de todo o ano letivo a estagiária participou também em reuniões semanais (tal como ilustrado na Tabela 1) onde foram feitas apresentações e discussões de casos, e apresentações teóricas. Como foi referido no capítulo da introdução, era esperado que a estagiária apresentasse um caso e um trabalho teórico, contudo esta fez três apresentações orais. Em duas delas fez exposições teóricas e na outra apresentou um caso clínico. Uma destas exposições foi feita em parceria com as 2 colegas estagiárias de psicomotricidade e a temática foi O Papel do Corpo na intervenção em saúde mental infantojuvenil. Para além do suporte bibliográfico utilizado, este tema foi ainda ilustrado com dois exemplos práticos acompanhados pela equipa de psicomotricidade. A outra apresentação foi feita apenas pela estagiária e incidiu sobre a temática da Psicossomática Relacional (também apresentado numa reunião do núcleo de estágio embora com algumas modificações no PowerPoint), por ser um tema de interesse para a mesma e despertar também a curiosidade dos outros profissionais da CE. Por último, o caso apresentado à equipa da CE foi o caso do Rodrigo (Caso 2), também descrito neste relatório. As apresentações acima referidas estão anexadas no CD, na pasta “7. Apresentações na Clínica de Encarnação”.

Tal como é sugerido por Costa (2008), estas reuniões de equipa multidisciplinar, em que estavam presentes os profissionais apresentados na Ilustração 2, revelaram-se um fator de formação para a estagiária não só por serem discutidos casos e temas com forte aporte teórico e prático como pelo facto de estas incluírem profissionais de diferentes áreas. Isto permitiu à estagiária crescer com os conhecimentos de outras formações e, ao mesmo tempo, distinguir-se das outras intervenções, diferenciando-se enquanto psicomotricista.

Formação Adicional

Para além das reuniões semanais do núcleo de estágio e com a equipa da CE, proporcionaram-se ainda outras oportunidades de formação para a estagiária, ainda que mais pontualmente.

Uma dessas oportunidades foi a participação numa reunião com a equipa de Pediatria do Desenvolvimento do HDE. Apesar de não estar planeada no início do ano, em maio surgiu o convite por parte de uma enfermeira da UPI para apresentar a intervenção psicomotora da estagiária num caso que ambas acompanhavam. Assim surgiu a oportunidade de assistir à reunião e apresentar este caso, nomeadamente a parte da intervenção psicomotora, em parceria com outras profissionais (enfermeira, pediatra e psicóloga) que acompanhavam a mesma criança.

Adicionalmente, a estagiária pôde assistir a uma consulta/ atendimento de cada uma das diferentes especialidades que compõem a CE, previamente apresentadas na Ilustração 2, com exceção da terapia da fala devido a uma grande incompatibilidade horária. Até ter esta experiência, a estagiária desempenhava fundamentalmente funções dentro da equipa de psicomotricidade e comunicava sobretudo com os pedopsiquiatras e, em alguns casos, com os psicólogos. Neste sentido, esta experiência foi muito positiva pois abriu horizontes e permitiu compreender como funciona a equipa, como é feito o encaminhamento de cada caso e as etapas pelas quais muitas crianças passam até chegarem à consulta de psicomotricidade.

Já ao nível da faculdade, em abril foi organizado pelos estudantes de segundo ano do mestrado um seminário com a finalidade de dar a conhecer o trabalho que os alunos estavam a desenvolver quer no âmbito do estágio quer na área da investigação. Neste seminário todos foram convidados a apresentar os seus trabalhos em 10 minutos e a estagiária apresentou de uma forma sumária um PowerPoint acerca do trabalho que vinha a desenvolver na CE até então.

Ainda em contexto académico, a estagiária participou numa aula de Métodos de Relaxação, do 3º ano de Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, a convite do professor Rui Martins, regente da unidade curricular. Nesta aula participaram também outros colegas do núcleo de estágio orientado por este professor e cujos âmbitos de intervenção se relacionavam com a saúde mental e relaxação, mas com populações distintas. O objetivo da participação dos estagiários de Mestrado nesta aula foi o de trazer casos e situações práticas onde aplicassem a relaxação no dia-a-dia, nos seus locais de estágio. Para além

desta partilha de experiências, houve também espaço para serem colocadas questões por parte dos alunos do 3º ano.

Além disso, durante este ano letivo a estagiária participou em eventos que não estavam diretamente relacionados com as atividades de estágio, mas que abordavam assuntos do seu interesse. Esteve presente no VI Colóquio Anual da Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica, que aconteceu entre 19 e 21 de novembro e que se debruçou fundamentalmente sobre a temática da Psicossomática Relacional. Participou ainda numa ação de Formação Pessoal do Psicomotricista, que decorreu em 3 dias, um por cada nível de formação, e foi lecionado pelo professor João Costa. Para além disto, ajudou na organização do evento de homenagem à Dra. Maria José Vidigal, intitulado “Com Tenacidade, Flores e Esperança se Constrói a Saúde Mental”.

Por último, já no ano letivo 2016/17, a 2 de novembro, a estagiária foi convidada a apresentar um trabalho na reunião mensal da área de PIA do HDE, a que se seguiu um momento de debate entre os presentes. A apresentação foi intitulada “Do Ato ao Pensamento: A Intervenção Psicomotora na Clínica da Encarnação do Hospital Dona Estefânia” e debruçou-se particularmente sobre aspetos relacionados com o grupo de relaxação, acompanhado pela mesma na CE, e foi ilustrado por uma vinheta clínica.

Os trabalhos apresentados na reunião com a equipa de Pediatria do Desenvolvimento, no Seminário e na reunião mensal da área da PIA encontram-se em anexo no CD, na pasta “8. Formação Adicional”.

Artigo

Uma atividade que também contribuiu para complementar a formação da estagiária foi a elaboração de um artigo. Este foi redigido em parceria com outra estagiária da CE, coterapeuta do grupo, e com os professores Rui Martins e João Costa. Intitula-se “Ouvindo o Corpo: um grupo de relaxação terapêutica em pedopsiquiatria” e visou essencialmente descrever e fundamentar a metodologia utilizada na intervenção com este grupo, bem como demonstrar os resultados obtidos com um estudo de caso, uma vez que por restrições de espaço não foi possível fazê-lo de forma mais detalhada neste relatório.

Em última instância, este artigo procurou contribuir para a componente inovadora do estágio, ao tentar dar mais um passo no sentido da validação da eficácia da intervenção psicomotora, particularmente em saúde mental infantojuvenil. De acordo com Hoagwood et al. (2001), é emergente a necessidade de estudar a eficácia de novos tratamentos em contexto clínicos, onde as terapias são efetivamente realizadas, ao invés de realizar testes

laboratoriais em ambientes que não representam a realidade dos serviços. E, com base na bibliografia disponível para a realização deste relatório, a carência de provas científicas dos efeitos da psicomotricidade é gritante.

Este trabalho foi apresentado no âmbito das I Jornadas Científicas de Psicomotricidade, cujo tema era “A Psicomotricidade no Século XXI – Respostas Inovadoras para Desafios Emergentes”. Estas decorreram em fevereiro de 2017, na FMH, e conduziram posteriormente à publicação do artigo. De relembrar que este e os documentos com ele relacionados encontram-se em anexo no CD, na pasta “3. Grupo de Relaxação”.

Embora possam parecer menos importantes ou trabalhosas, estas atividades complementares requereram um investimento de tempo considerável e constituíram-se como alicerces teóricos fundamentais para a prática. De maneiras muito diferentes, julga-se que todas estas experiências serviram de complemento à formação e contribuíram para o crescimento da estagiária. Assim, encerra-se a Parte II deste relatório e segue-se para a sua conclusão.

Conclusão

Sabe-se como é redutor resumir um ano letivo de vivências, reflexões, conhecimentos e crescimento neste documento. Aqui tentou dar-se conta da organização da instituição, dos construtos teóricos e da intervenção terapêutica desenvolvida, tal como esperado, mas sem muito espaço para intervenções de cariz mais subjetivo acerca da perceção pessoal da estagiária sobre o seu processo de formação.

No entanto considera-se que, num capítulo de conclusão, não pode deixar-se de lado uma opinião mais pessoal. Se por um lado o tratamento claro e objetivo da informação é fundamental, por outro acredita-se que a maneira como a experiência e os conhecimentos foram percebidos e apreendidos é também importante, e varia de pessoa para pessoa.

Quando ingressei no mestrado tive a oportunidade de ter a minha primeira experiência de trabalho remunerado enquanto psicomotricista. Esta experiência permitiu-me olhar para a psicopatologia, e para a minha formação, de maneira diferente. Comecei a fazer pontes entre a teoria e a prática e a partir daí foi fácil começar a interessar-me mais pelos autores e teorias que até aí tinha visto como “mais uma coisa que sai na frequência”. Estava lançada uma vontade de saber e de conhecer mais.

Depois disto tive a sorte de entrar na minha primeira escolha para local de estágio - a Clínica da Encarnação - mas não sabia muito bem ao que ia. Acabei por encontrar um orientador local completamente apaixonado por crianças e pela nossa profissão, e por descobrir um orientador de faculdade que tem um enorme prazer na orientação de estágios, que adora devolver questões e que tem um talento particular para fazer os estagiários pensar. Como é claro, não me arrependi da escolha!

Ao longo do ano fiz sessões individuais e de grupo, com e sem planeamentos, com outras estagiárias e sozinha. Vi crianças e famílias desistirem da terapia e outras pedirem para virem mais vezes. Acompanhei casos que evoluíram muito mais rápido do que eu esperava e outros que ofereceram mais dificuldades do que previa. Esforcei-me por ter sempre a expressão “intencionalidade terapêutica” no meu pensamento, e procurei também refleti-la ao máximo na minha prática. Considero que vivi, pensei e aprendi muito e que, de uma forma ou de outra, estive sempre acompanhada. Houve momentos em que o trabalho era muito e o desgaste emocional ainda mais, mas as palavras de encorajamento, os sorrisos das crianças e a sensação de dever cumprido foram sempre mais fortes.

O objetivo final da minha intervenção foi promover alterações nos indivíduos que os tornassem mais adaptados ao seu meio, e mais felizes. No fundo, estatisticamente falando, trabalhei para aproximar os sujeitos da norma, mas na realidade procurei muito mais do que isso. Ainda assim, aprendi que é também importante ter alguma atenção para não cair em exageros ou excesso de zelo e “psiquiatrizar” crianças por terem características ou ritmos de aprendizagem diferentes. Aprendi pela experiência que, tal como referido por Strecht (1995), as crianças têm uma capacidade intrínseca extraordinária para se adaptarem e resolverem conflitos. Não obstante, penso que estar alerta é fundamental para não cair no extremo oposto. Há sinais e sintomas na criança que não são naturais pela idade em que aparecem, ou pela sua frequência ou durabilidade, e por isso carecem efetivamente de ajuda especializada.

Mas, “Infelizmente, nem todas as histórias podem acabar com um seguro «E foram felizes para sempre»” (Strecht, 2002, p. 29) e em alguns momentos foi difícil lidar com a frustração e impotência. Por isso, percebi ainda que relativizar é uma peça importante do sucesso. Como uma vez ouvi um colega dizer, “não nos devemos achar os maiores quando nos elogiam, e não nos devemos achar os piores quando nos criticam”. As situações variam consoante o ponto de vista e não vale a pena frustrar quando o nosso trabalho está a demorar até produzir resultados, nem tomar todos os créditos quando os resultados estão a ser rápidos e positivos. Evitar a onipotência, como dizia o professor João Costa. Aceitar que posso sempre tentar melhorar alguma coisa, que posso (e devo) sempre tentar aliviar o sofrimento, mas que, paradoxalmente, nem tudo depende de mim. E tive ainda de consciencializar que “A psicomotricidade (...) também tem os seus limites, pois não é remédio nem panaceia para tudo” (Fonseca, 2005, p. 20). Aprendi a ser insatisfeita q.b.

Por se tratar de um estágio, considero fundamental fazer um pequeno parêntesis acerca da componente da formação, neste caso da formação do psicomotricista para esta área de incidência na relação. Segundo Costa (2008) é fundamental o profissional ser conhecedor de aspetos teóricos aprofundados sobre a sua área de atuação, mas é também essencial uma disponibilidade interior e à-vontade com o seu próprio corpo e em relação com os pacientes e demais técnicos.

Neste sentido, posso afirmar que foi muito importante observar e escutar o outro, mas também melhorar a minha capacidade de análise das minhas próprias emoções e comportamentos. Sinto que neste estágio cresci muito como profissional e como pessoa, principalmente (julgo eu) por este ser um local com uma psicomotricidade de cariz relacional. Neste caso é impossível o terapeuta dar apenas, criar algo unidirecional... há

que envolver-se na relação, há que viver a terapia, e há que ganhar e crescer com isso também, este “ganho” pessoal faz parte.

Não obstante, também enfrentei alguns desafios na prática clínica, muitos deles referidos no capítulo das Dificuldades e Limitações. Foi um desafio muito positivo trabalhar em equipa, com profissionais com histórias, formações e personalidades muito diferentes. Este é ainda um dos pontos a desenvolver futuramente em termos profissionais, porque penso que nunca é demais aprender a lidar com os outros. Por outro lado, considero que a minha maior dificuldade foi indubitavelmente a organização e redação do presente documento.

Para concluir, também não posso descurar a importância do primeiro ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Este constituiu-se como uma etapa basilar para o aprofundamento de conceitos teóricos relativamente à licenciatura. Do meu ponto de vista, foi particularmente relevante pelas competências adquiridas para a investigação e pelo desenvolvimento da visão clínica, o que se traduziu numa drástica diferença de maturidade entre os estágios do 1º e do 2º ciclos.

Quanto ao segundo ano, posso dizer que tenho um grande orgulho nas equipas das quais fiz parte e na relação de cumplicidade que criámos, tanto na equipa de psicomotricidade da CE como no núcleo de estágio a que pertenci na FMH. Acredito que isso foi uma parte fundamental do sucesso das minhas atividades de estágio e considero que os objetivos definidos para o RACP foram atingidos e ultrapassaram até as minhas expectativas iniciais (que já eram elevadas). Este foi muito mais do que um ano de trabalho e vivências, foi um ano de relações empáticas e ligações emocionais que se estabeleceram, um ano de muita amizade, entreajuda e aprendizagem. Assim termino com uma satisfação enorme pelo que aprendi e pelo que fiz, e sem arrependimentos.

Tenho consciência que ainda há muito a conhecer, e haverá sempre. No entanto, a curto/médio prazo priorizo, paralelamente a arranjar um emprego fixo, formações na área da mediação familiar e o Certificado de Competências Pedagógicas.

Hoje olho para trás e percebo o quanto cresci e aprendi. Olho para a frente e percebo que este documento não passa de um início, o primeiro passo.

“Mas deveras estariam eles doidos, e foram curados por mim,— ou o que pareceu cura não foi mais do que a descoberta do perfeito desequilíbrio do cérebro?”

(Machado de Assis, 2014, p.106)

Bibliografia

- Akasha, E. S. (2004). No início era a relação... *A psicomotricidade*, 3, pp. 95-103.
- Albaret, J. M., Marquet-Doléac, J., Neveux, L., & Soppelsa, R. (2014). Apport de la psychomotricité au traitement des enfants TDA/H. *Archives de Pédiatrie*, 21, pp. 320-321.
- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions Psychomotrices*, 15(60), pp. 66-75.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A psicomotricidade*, 6, pp. 56-64.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM 5*. Lisboa: Climepsi.
- Apter-Levy, Y., Feldmand, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of maternal Depression Across the first 6 Years of Life on Child's Mental Health, Social Engagement, and Empathy: The Moderating Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, pp. 1-8.
- Arcanjo, J. (2014). *ORGANIZAÇÃO VERTICAL X ORGANIZAÇÃO HORIZONTAL*. Obtido de Webikoni: <https://webikoni.wordpress.com/2014/11/27/organizacao-vertical-x-organizacao-horizontal/>
- Assis, M. d. (2014). *O Alienista*. Porto: Porto Editora.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*.
- Baranes, C. P. (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. Un exemple : la relaxation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 120-126.
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., & Uher, R. (2012). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 124-129. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092346.
- Barthassat, J. (2014). Positive and Negative Effects of Parental Conflicts on Children's Condition and Behaviour. *Journal of European Psychology Students*, 5(1), 10-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/jeps.bm>.

- Beà, E. T. (1998). *Entrevista e Diagnóstico em Psiquiatria e Psicologia Infantil*. Lisboa: Fim de Século.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da Semiologia Psicomotora. *A psicomotricidade*, 3, pp. 53-65.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 4(49), pp. 78-88.
- Bounes, M. B., & Petit, A. L. (2006). De l'individu dans le groupe : la relaxation thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(47), pp. 179-190. doi:10.3917/rppg.047.0179.
- Boutinaud, J. (2007). Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantiles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 102-107.
- Branco, M. E. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Branco, M. E. (2013). *João dos Santos - A Saúde Mental Infantil em Portugal - Uma Revolução de Futuro*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759.
- Carvalho, C., & Ramires, V. (2013). Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(2), pp. 46-61.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A psicomotricidade*, 6, pp. 73-78.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central. (2010). *Hospital Dona Estefânia*. Obtido de Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=223&eid=2294>
- Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE. (2013). Projeto de Modelo para o Plano de Acção das Áreas e Especialidades do CHLC, EPE. [relatório não publicado].
- Cohen, J., Mannarino, A., & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25, pp. 123-135.
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: pédopsychiatrie et psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 87-92.

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2016). Contributo de João dos Santos para a Introdução da Psicomotricidade em Portugal. In P. H. Holanda, & P. J. Morato, *Pedagogia Terapêutica: Diálogos e Estudos Luso-Barsileiros sobre João dos Santos* (pp. 197-208). Fortalea: Edições UFC.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), pp. 73-112.
- Deave, T., Heron, J., Evans, J., & Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, pp. 1043-1051.
- Decreto-Lei n.º 136/2015. (2015). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 145 — 28 de julho de 2015, 5081-5091. Obtido de Diário da República Eletrónico: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/69879425/details/maximized?p_auth=eEtTCX4j
- Decreto-Lei n.º 304/2009. (2009). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 205 — 22 de Outubro de 2009, 7933-7941.
- Decreto-Lei n.º 35/99. (1999). Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª Série-A - N.º 30 - 5 de fevereiro de 1999, 676 - 681.
- Decreto-Lei n.º 36/98. (1998). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série-A - N.º 169 - 24 de julho de 1998, 3544 - 3550.
- Decreto-Lei n.º 8/2010. (2010). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série - N.º 19 - 28 de janeiro de 2010, 257-263.
- Demarchi, J. M. (2008). Le rôle de la supervision clinique en psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 20(82), pp. 191-197.

- Direção Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 2016, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Dolto, F. (1999). *Transtornos na Infância: Reflexões sobre os problemas psicológicos e emocionais mais comuns na criança*. Lisboa: Pergaminho.
- Douglas, J. W. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 17(4), pp. 456-480.
- Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F., & Silva, P. C. (2011). Caracterização dos Casos Observados numa Equipa de Psiquiatria da Infância e Adolescência: Um Estudo Retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 925-934.
- Figueiredo, M., Gatinho, A., Torres, N., Pinto, A., Santos, A. J., & Veríssimo, M. (2015). Representações de vinculação e qualidade do brincar interativo em crianças em idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 3(XXXIII), pp. 335-345.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (2007). *Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Nova Iorque: NADD Press.
- FMH. (s/d). *ACTIVIDADE DE APROFUNDAMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS*. Obtido de FMH: <http://www.fmh.utl.pt/pt/mestrados/reabilitacao-psicomotor/plano-de-estudos/item/1358-9212403?pl=3&rm=1>
- Focht-New, G., Clements, P. T., Barol, B., Faulkner, M., & Perkala, K. (2008). Persons With Developmental Disabilities Exposed to Interpersonal Violence and Crime: Strategies and Guidance for Assessment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), pp. 3-13.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gilbert, A. L., Bauer, N., Carroll, A., & Downs, S. (2013). Child Exposure to Parental Violence and Psychological Distress Associated With Delayed Milestones. *Pediatrics*, 132(6).

- Glover, V. (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, XXX, pp. 1-11.
- Gonçalves, M. J., & Silva, P. C. (2003). A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 1(XXI), pp. 13-21.
- Hanson, R., & Spratt, E. (2000). Reactive Attachment Disorder: What We Know About the Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment*, 5(2), pp. 137-145.
- Hoagwood, K., Burns, B., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 52(9), pp. 1179-1189.
- Holanda, P. H. (2016). João dos Santos: o Psicanalista de Lisboa. In P. H. Holanda, & P. J. Morato, *Pedagogia Terapêutica: Diálogos e Estudos Luso-Brasileiros sobre João dos Santos*. Fortaleza: UFC Edições.
- Hollins, S., & Sinason, V. (2000). Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives. *British Journal of Psychiatry*, 176, 32-36.
- Hölter, G. (2006). Supervisão da Intervenção Psicomotora em Doentes Psiquiátricos. *A Psicomotricidade*, 8, pp. 19-23.
- Hurley, A., Levitas, A., Lecavalier, L., & Pary, R. (2007). Assessment and Diagnostic Procedures. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, & M. First, *Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID): A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability* (pp. 11-31). Nova Iorque: NADD Press.
- Infarmed. (12 de 12 de 2014). *Folheto informativo: Informação para o utilizador Aripiprazol*. Obtido de Infarmed: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=585923&tipo_doc=fi
- Infarmed. (10 de 3 de 2015). *Folheto informativo: Informação para o utilizador Largactil IM*. Obtido de Infarmed: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4899&tipo_doc=fi
- Infarmed. (24 de 6 de 2016). *Folheto informativo: Informação para o doente Diplexil-R*. Obtido de Infarmed: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2690&tipo_doc=fi

- Ivanenko, Y. P., Dominici, N., & Lacquaniti, F. (2007). Development of Independent Walking in Toddlers. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 35(2), pp. 67-73.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 73-84.
- Kinzella, M. T., & Monk, C. (2009). Impact of Maternal Stress, Depression and anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), pp. 425-440.
- Lièvre, B. D., & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adult: Notions et applications pédagogiques*. Bruxelles: De Boeck.
- Lontro, F. (2006). A Psicomotricidade na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja. *A Psicomotricidade*, 8, pp. 89-94.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marques, J., Castro, M., Gonçalves, P., Martins, R., & Martins, R. (2011). GOC - Grelha de Observação Comportamental.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade- As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto de Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca, & R. Martins, *progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (s/d). Esquema de Tensões. [Instrumento de Avaliação]. Documento não publicado, disponibilizado pelo autor.
- Matias, M. d. (2004). Aferição do State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) de Spielberger para a população portuguesa. *Dissertação de Doutoramento apresentada ao Departamento de Psicología y Sociología de la Educación da Universidade da Extremadura*. Badajoz.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), pp. 85 - 95.

- McCarthy, J. (2001). Post-traumatic stress disorder in people with learning disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, pp. 163-169.
- Meltzer, H., Doost, L., Vostanis, P., Ford, T., & Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work*, 14, pp. 491-501.
- Mevisen, L., & Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 308-316.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A., & Plomin, R. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 490-495. doi:10.1192/bjp.bp.105.019745.
- Miranda, J., Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013). Maternal Childhood Abuse, Intimate Partner Violence, and Child Psychopathology: The Mediator Role of Mothers' Mental Health. *Violence Against Women*, 19(1), pp. 50-68. doi: 10.1177/1077801212475337.
- Misès, R. (2007). L'exigence d'une perspective dynamique en psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 131-133.
- Mrazek, D. A. (1984). Effects of Hospitalization on Early Child Development. In R. N. Emde, & R. J. Harmon, *Continuities and Discontinuities in Development* (pp. 211-225). Nova Iorque: Plenum Press.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP Draw a Person: A Quantitative Scoring System Manual*. The Psychological Corporation.
- Neopraxis - DEER - FMH - UTL. (1995). *DAP Desenho de uma Pessoa: Sistema de Cotação Quantitativo*.
- O'Connor, T., & Zeanah, C. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5(3), 223-244.
- Paone, T., & Maldonado, J. (2008). Child Centered Play Therapy with Traumatized Children: Review and Clinical Applications. *Journal of Counseling Trauma International*.
- Pereira, B. (2005). Relaxação Terapêutica e Perturbações do Sono. *A psicomotricidade*, 5, pp. 63-67.

- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, pp. 105 - 113.
- Rapazote, R., Salavessa, M., Crujo, M., Pardilhão, C., Gavino, A., & Silva, P. C. (s/d). *Casos Observados da Unidade de Primeira Infância em 2000 - 10 anos depois*. Obtido de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/412/1/Poster%20%20Casos%20Observados%20UPI%20_Follow-Up%202000.pdf
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *BASC Behavior Assessment System for Children - Manual*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Richters, M. M., & Wolkmar, F. (1994). Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 328-332.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice baséé sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, pp. 114-119.
- Rodrigues, A. N., & Marta, F. (1994). Motricidade Terapêutica em Saúde Mental Infantil: Abordagem a uma Metodologia de Intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, pp. 75-86.
- Rodrigues, A. N., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e Espelhos de Mim - A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), pp. 49-58.
- Ruget, C. (2011). *UNE HISTOIRE DE CONTENANCE: Le travail en psychomotricité autour de la restauration des enveloppes corporelles et psychiques avec une enfant suivie en CAMSP*. Obtido de http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/b44bafea-0d45-4544-95bd-576a3c2052eb/blobholder:0/Mp_2011_RUGET.pdf.
- Rutter, M. (1983). Psychological Therapies: Issues and Prospects. In S. B. Guze, F. J. Earls, & J. E. Barrett, *Childhood Psychopathology and Development* (pp. 139-164). Nova Iorque: Raven Press.
- Saint-Cast, A. (1997). Du tonus de l'enfant en difficulté d'adaptation. *Evolutions Psychomotrices*, 9, pp. 36-39.
- Strecht, P. (1995). *Para uma escola feliz*. Lisboa: Escola Profissional Vale do Rio.

- Strecht, P. (2002). *Crescer Vazio*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Thurin, J. (2010). Évaluation de l'efficacité des thérapeutiques en psychomotricité. *Entretiens de Bichat*.
- Tomasulo, D. J., & Razza, N. J. (2007). Posttraumatic Stress Disorder. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, & M. First, *Diagnostic manual-Intellectual Disability (DM-ID): A textbook of diagnosis os mental disorders in persons with intellectual disability* (pp. 365-378). Nova Iorque: NADD Press.
- Trimboli, F., & Farr, K. L. (2000). A Psychodynamic Guide for Essencial Treatment Planning. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), pp. 336-359.
- Turner, S., McFarlane, A., & Van der Kolk, B. (1996). The Therapeutic Environment and New Explorations in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In B. Van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth, *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 537-558). Nova Iorque/ Londres: The Guilford Press.
- Vayer, P. (1989). *O Diálogo Corporal*. Brasil: Editora Manole LTDA.
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade Relacional e Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul LTDA.
- Vera, L. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives. *Enfances & Psy*, 2(14), pp. 117-123. doi: 10.3917/ep.014.0117.
- Vidigal, M. J. (2016a). *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: Trilhos editora.
- Vidigal, M. J. (2016b). João dos Santos e a Moderna Psiquiatria da Infância. In P. H. Holanda, & P. J. Morato, *Pedagogia Terapêutica: Diálogos e Estudos Luso-Brasileiros sobre João dos Santos* (pp. 250 - 262). Fortaleza: Edições UFC.
- Volling, B. L. (2012). Family Transitions Following the Birth of a Sibling: An Empirical Review of Changes in the Firstborn's Adjustment. *Psychological Bulletin*, 138(3), 497–528. doi:10.1037/a0026921.
- Wallon, H. (1925). *L'Enfant Turbulent*. Paris: Librairie Félix Alcan.
- Wallon, H. (1978). *A evolução psicológica da criança*. Rio de Janeiro: Editorial Andes.
- WHO. (2005). *CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH POLICIES AND PLANS*. Genebra: World Health Organization.

- WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2016). *Mental Disorders*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- Wilson, J., & Drozdek, B. (2004). *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers Refugees War and Torture Victims*. Nova Iorque: Brunner-Routledge.
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- Winter, B., & Drozdek, B. (2004). Psychomotor Therapy: Healing by Action. In J. Wilson, & B. Drozdek, *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and War and Trauma Victims* (pp. 385-402). Nova Iorque: Brunner-Routledge.
- ZERO TO THREE. (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders os Infancy and Early Childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: ZERO TO THREE press.

Anexos

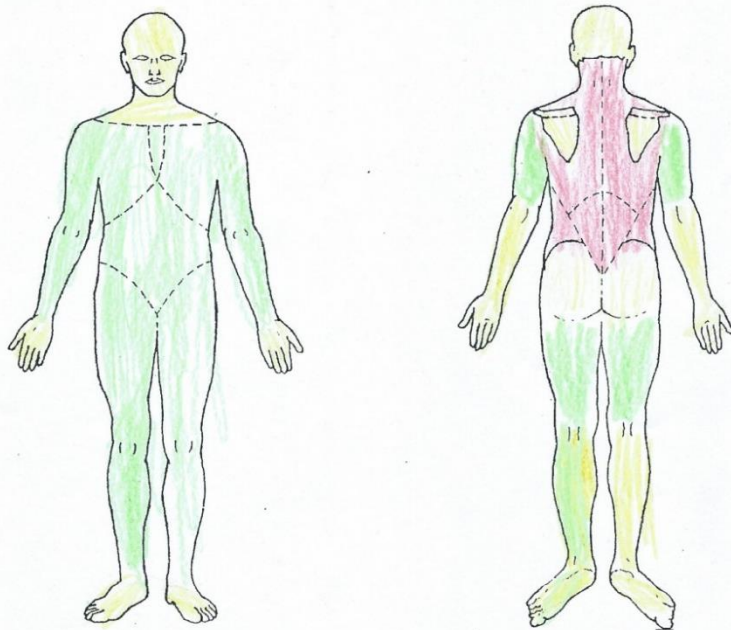
Anexo A – Sessões de Relaxação

Anexo A1 – Exemplo de um esquema de tensões preenchido

Esquema de tensões no início da sessão

Esquema de Tensões

Nome: _____ Data: 1/3/2016 Antes



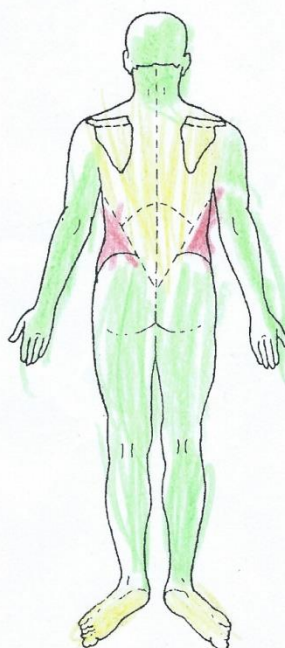
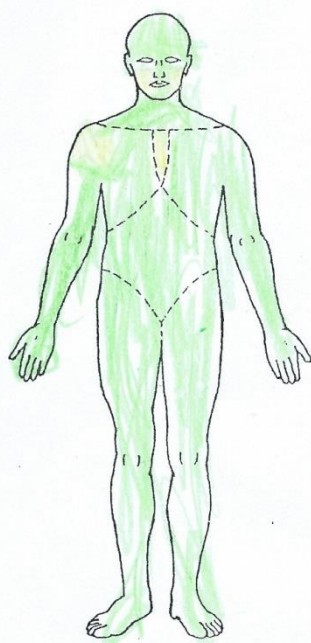
Verde: pouca ou nenhuma tensão
Amarelo: tensão média
Vermelho: tensão muito elevada

Esquema de tensões no final da sessão

Esquema de Tensões

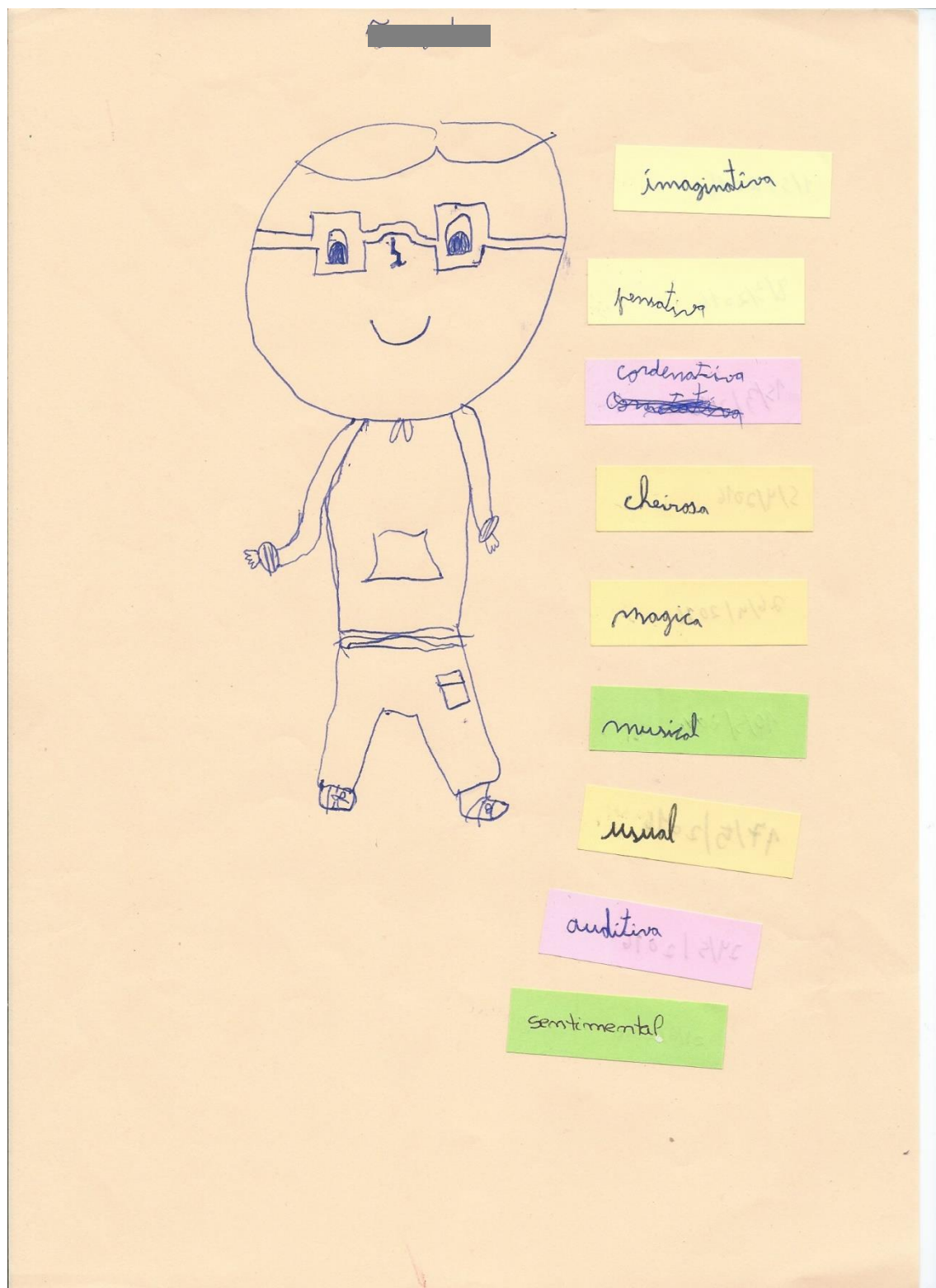
Nome: _____

Data: 1/3/2016 depois



Verde: pouca ou nenhuma tensão
Amarelo: tensão média
Vermelho: tensão muito elevada

Anexo A2 - Capa do portefólio



Anexo A3 – Consentimento informado para a gravação de imagens e vídeo



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

Área de Pedopsiquiatria
(Clínica da Encarnação)

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO DOS PAIS/ REPRESENTANTES LEGAIS PARA A CAPTURA DE IMAGEM E GRAVAÇÃO DE VÍDEO

- Por favor leia com atenção esta informação.
- Não hesite em solicitar esclarecimentos adicionais aos técnicos do serviço se persistirem dúvidas.

Dada a intervenção feita com o seu filho/educando no âmbito da psicomotricidade, e para o esclarecimento da situação clínica, a Clínica da Encarnação considera ser de extrema utilidade a recolha de dados de imagem/ vídeo durante as sessões, de modo a facilitar a análise detalhada dos comportamentos.

Para efeitos de: investigação, formação ou para outros fins científicos, poderá vir a ser importante a exibição destas imagens, nomeadamente em sessões de formação ou congressos da especialidade.

Em qualquer uma das situações garante-se o mais estrito anonimato das pessoas envolvidas.

☒ Autorizo a captura de imagem e gravação de vídeo.

Nome da criança: _____

Nome do representante legal: _____

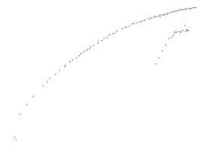
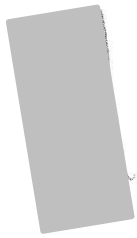
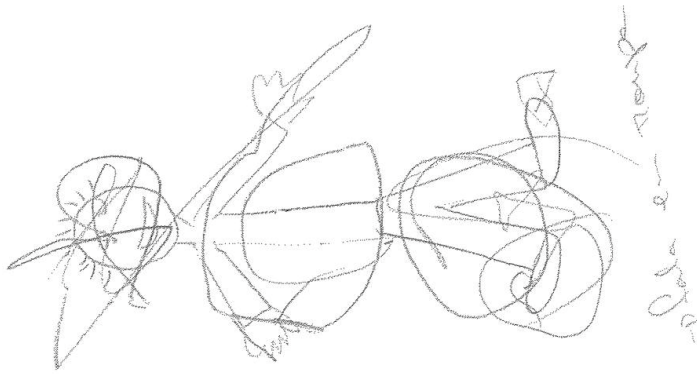
Assinatura: _____

Lisboa, 19/04/2018

Anexo B – Avaliação do caso 1

Anexo B1 – DAP inicial





Anexo B2 – BASC inicial

Pais

BASC (Behavior Assessment System for Children) EAPais (4 – 5 anos)

Nome da Criança [Redacted] Nome do Observador [Redacted]
 Data 5/12/15 Data de nascimento 23/11/14 Sexo: ☒ Feminino ☐ Masculino
 Escola Rouxinol Ano Pré-escolar Grau parentesco [Redacted]
 Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino ☒ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor ☐ Outro

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
 N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Partilha brinquedos e pertences com outras crianças	N O F S
2.	Discute com os pais	N O F S
3.	É demasiado sério	N O F S
4.	Distrai-se facilmente	N O F S
5.	Ingere coisas que não são comida	N O F S
6.	Diz “ninguém gosta de mim”	N O F S
7.	Age sem pensar	N O F S
8.	Tem um contacto visual adequado	N O F S
9.	Vai frequentemente ao médico	N O F S
10.	Tem dificuldades em fazer amigos	N O F S
11.	Gagueja	N O F S
12.	Tem dificuldade em estabelecer ligações de uma tarefa para outra	N O F S
13.	É cruel com os animais	N O F S
14.	Preocupa-se com o que os pais pensam	N O F S
15.	Usa uma linguagem inadequada	N O F S
16.	Ouve sons que não existem	N O F S
17.	Mostra má vontade	N O F S
18.	Fica agitado quando viaja de carro	N O F S
19.	Tem sentido de humor	N O F S
20.	Tem dores de cabeça <u>em dia</u>	N O F S
21.	Evita competir com outras crianças	N O F S
22.	Tem problemas nos olhos	N O F S
23.	Discute quando é contrariado	N O F S
24.	Tem medo de morrer	N O F S
25.	Repete um pensamento sistematicamente	N O F S
26.	Chora facilmente	N O F S
27.	Trepa as coisas	N O F S
28.	Tem boas maneiras à mesa	N O F S
29.	Tem problemas de estômago	N O F S
30.	Tem convulsões <u>2 vezes a 1 hora 2 vezes a 10 min</u>	N O F S
31.	Estraga objectos de outras crianças	N O F S
32.	É muito barulhento quando brinca	N O F S
33.	Vomita	N O F S
34.	Queixa-se quando lhe pedem para fazer coisas diferentes <u>(grelha e diz não)</u>	N O F S
35.	Crítica os outros	N O F S
36.	Diz “eu não sou muito bom nisto”	N O F S
37.	Ouve atentamente	N O F S
38.	Balbucia para si próprio	N O F S
39.	Fica triste	N O F S
40.	Interrompe os outros quando estão a falar	N O F S
41.	Diz “por favor” e “obrigado”	N O F S
42.	Queixa-se acerca da sua saúde	N O F S
43.	Recusa jantar-se às actividades de grupo	N O F S
44.	Dorme na cama com os pais	N O F S
45.	Adapta-se facilmente às mudanças de rotina	N O F S
46.	Culpa os outros	N O F S
47.	Diz “tenho medo de fazer uma asneira”	N O F S
48.	Tem pouca capacidade de atenção	N O F S
49.	Balanceia-se por longos períodos de tempo	N O F S
50.	Amua	N O F S
51.	Não espera pela sua vez	N O F S
52.	Responde quando se fala com ele	N O F S
53.	Queixa-se de ter dores	N O F S
54.	É tímido com outras crianças	N O F S
55.	Tem problemas auditivos	N O F S
56.	Ameaça magoar os outros <u>Bateu</u>	N O F S
57.	Fica muito preocupado quando perde coisas	N O F S
58.	Tem devaneios	N O F S
59.	Diz “isso não é justo”	N O F S
60.	Tenta chamar à atenção na presença de visitas	N O F S
61.	Inicia conversas de forma apropriada	N O F S
62.	Tem infecções nos ouvidos	N O F S
63.	Evita outras crianças	N O F S
64.	Queixa-se de ser arreliado	N O F S
65.	Fica agitado quando vê filmes	N O F S
66.	Tem reacções alérgicas	N O F S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente
F - Frequentemente S - Sempre

67.	Adapta-se bem a novos professores e outros prestadores de cuidados	N O <u>F</u> S
68.	Magoa os outros	N O <u>F</u> S
69.	É nervoso	N O <u>F</u> S
70.	Desiste facilmente quando aprende coisas novas	N O <u>F</u> S
71.	Parece alheio à realidade	N O <u>F</u> S
72.	Queixa-se de estar cansado	<u>N</u> O F S
73.	Necessita de muita supervisão	N O <u>F</u> S
74.	Cumprimenta os outros	N O <u>F</u> S
75.	Tem febre	<u>N</u> O F S
76.	Mostra medo de estranhos	<u>N</u> O F S
77.	Brinca com o fogo	<u>N</u> O F S
78.	Experimenta coisas novas	N O <u>F</u> S
79.	Bate noutras crianças	N O <u>F</u> S
80.	Preocupa-se com situações que não podem ser alteradas	<u>N</u> O F S
81.	Tem dificuldades de concentração	N O <u>F</u> S
82.	Tenta magoar-se	<u>N</u> O F S
83.	Diz "quero ficar sozinho" ou "eu gosto de estar sozinho"	<u>N</u> O F S
84.	É excessivamente activo	N O <u>F</u> S
85.	Oferece-se para ajudar	<u>N</u> O F S
86.	Queixa-se de estar com frio	<u>N</u> O F S
87.	Recusa-se a falar	N O <u>F</u> S
88.	Explora novos espaços	N O <u>F</u> S
89.	Chama nomes às outras crianças	N O <u>F</u> S
90.	Preocupa-se	<u>N</u> O F S
91.	Mostra-se inexpressivo	N O <u>F</u> S
92.	Transtorna-se facilmente	N O <u>F</u> S
93.	Tem acessos de mau-humor	N O <u>F</u> S
94.	Pede ajuda educadamente	N O <u>F</u> S
95.	Queixa-se de dificuldades em respirar	<u>N</u> O F S
96.	Procura a protecção dos pais em ambientes estranhos	<u>N</u> O F S
97.	Apresenta tremores	<u>N</u> O F S
98.	Interrompe os pais quando estes estão a falar ao telefone	N O <u>F</u> S
99.	Faz chichi na cama	N O <u>F</u> S
100.	Fica muito preocupado quando deixado sozinho numa nova situação	<u>N</u> O F S
101.	Refila com os pais	N O <u>F</u> S
102.	Preocupa-se com o que os professores pensam	<u>N</u> O F S
103.	Desiste facilmente	N O <u>F</u> S
104.	Diz "eles estão a tentar ajustar contas comigo"	<u>N</u> O F S
105.	Muda de humor rapidamente	N O <u>F</u> S
106.	Quando vai às compras mexe em tudo	N O <u>F</u> S
107.	Sorri para os outros	N O <u>F</u> S
108.	Toma medicamentos <i>pelos pais</i>	N O <u>F</u> S
109.	Inicia facilmente conversas com pessoas que acabou de conhecer	N O <u>F</u> S
110.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	<u>N</u> O F S
111.	Ri às gargalhadas <i>Só com colegas</i>	N O <u>F</u> S
112.	Aborrece os outros	N O <u>F</u> S
113.	Diz "é tudo culpa minha"	N O <u>F</u> S
114.	Esquece-se de objectos	N O <u>F</u> S
115.	Tem ideias estranhas	N O <u>F</u> S
116.	Diz "eu quero morrer" ou "eu gostava de estar morto"	<u>N</u> O F S
117.	Levanta-se durante as refeições	N O <u>F</u> S
118.	Encoraja os outros a fazer o seu melhor	<u>N</u> O F S
119.	Fica constipado	N O <u>F</u> S
120.	É tímido com os adultos	<u>N</u> O F S
121.	É um bom desportista	N O <u>F</u> S
122.	Dá ordens aos outros	N O <u>F</u> S
123.	É medroso	<u>N</u> O F S
124.	Vê coisas que não existem	<u>N</u> O F S
125.	Lamenta-se	N O <u>F</u> S
126.	Grita	N O <u>F</u> S
127.	Dá os parabéns aos outros quando lhes acontecem coisas boas	<u>N</u> O F S
128.	Queixa-se de tonturas ou vertigens	<u>N</u> O F S
129.	Fica muito perto dos familiares em locais públicos <i>e soltar a mão</i>	<u>N</u> O F S
130.	Oferece ajuda a outras crianças <i>Foge</i>	<u>N</u> O F S
131.	Dispersa-se com pequenas coisas durante as refeições	N O <u>F</u> S

usa palavras apropriadas

Por favor, confirme se marcou todos os itens

Professores

BAŠC (Behavior Assessment System for Children)

EAProf (4-5 anos)

Nome da Criança _____
 Data 16/12/2015 Data de nascimento 22/11/2011 Idade 5A
 Escola ROUXINOL Ano 2015
 Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino

Nome do Observador _____
 Profissão Ed. de Infância
 Que tipo de classe ensina? Pré - Escolar
 Há quanto tempo conhece esta criança? desde setembro de 2015

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
 N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Experimenta coisas novas	N O <u>F</u> S
2.	Magoa os outros	N O <u>F</u> S
3.	Preocupa-se	N <u>O</u> F S
4.	Tem um baixo nível de vigilância	N <u>O</u> F S
5.	Mostra-se inexpressivo	<u>N</u> O F S
6.	Queixa-se de estar cansado	N <u>O</u> F S
7.	Exclui os outros nas actividades em grupo	N <u>O</u> F S
8.	Tem sentido de humor	N O <u>F</u> S
9.	Tem infecções nos ouvidos	N <u>O</u> F S
10.	Recusa-se a participar em actividades de grupo	N <u>O</u> F S
11.	Argumenta quando contrariado	N O <u>F</u> S
12.	Dá ordens aos outros	N <u>O</u> F S
13.	Rói as unhas	<u>N</u> O F S
14.	Tem acessos de mau humor	N O <u>F</u> S
15.	Tem ideias estranhas	<u>N</u> O F S
16.	É triste	<u>N</u> O F S
17.	Fala demasiado alto	N O <u>F</u> S
18.	Diz "por favor" e "obrigado"	N <u>O</u> F S
19.	Queixa-se de sentir frio	<u>N</u> O F S
20.	Tem dificuldades em fazer novos amigos	N <u>O</u> F S
21.	Discute com os amigos	<u>N</u> O F S
22.	Tem problemas de visão	<u>N</u> O F S
23.	Tenta magoar-se	<u>N</u> O F S
24.	Altera o humor rapidamente	N O <u>F</u> S
25.	Gagueja	<u>N</u> O F S
26.	Tem problemas de audição	<u>N</u> O F S
27.	Bate repetidamente com o pé ou lápis	N <u>O</u> F S

28.	Partilha brinquedos ou pertences com outras crianças	<u>N</u> O F S
29.	Prejudica o jogo das outras crianças	N O <u>F</u> S
30.	Procura chamar a atenção dos adultos	N O <u>F</u> S
31.	Tem dificuldades em concentrar-se	N <u>O</u> F S
32.	Brinca com os seus órgãos sexuais	N <u>O</u> F S
33.	Diz "ninguém gosta de mim"	<u>N</u> O F S
34.	Grita	N O <u>F</u> S
35.	Encoraja os outros a darem o seu	<u>N</u> O F S
36.	Queixa-se de dores	N <u>O</u> F S
37.	Recusa-se a falar	<u>N</u> O F S
38.	Tem problemas em estabelecer ligações entre tarefas	N O <u>F</u> S
39.	Bate nas outras crianças	N O <u>F</u> S
40.	É nervoso	N O <u>F</u> S
41.	Esquece-se de coisas	<u>N</u> O F S
42.	Vê coisas que não existem	<u>N</u> O F S
43.	Queixa-se de o arremeterem	N <u>O</u> F S
44.	Importuna as outras crianças enquanto trabalham	N O <u>F</u> S
45.	Oferece ajuda às outras crianças	<u>N</u> O F S
46.	Tem febre	N <u>O</u> F S
47.	É tímido com adultos	<u>N</u> O F S
48.	Aborrece os outros	N O <u>F</u> S
49.	Diz "eu não sou muito bom a fazer isto"	<u>N</u> O F S
50.	Balbucia consigo próprio	<u>N</u> O F S
51.	Fica desapontado durante muito tempo se a sua actividade preferida é interrompida	N <u>O</u> F S
52.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	N <u>O</u> F S
53.	Queixa-se de problemas de saúde	N <u>O</u> F S
54.	Age de forma disparatada	N O <u>F</u> S

Tradução e adaptação de: Carreto, M.; Guimarães, S.; Lourenço, H.; Martins, R.; Santos, R. (2001)

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente

F - Frequentemente S - Sempre

55.	É bom desportista	N <input checked="" type="radio"/> O F S
56.	Discute quando é contrariado	N O <input checked="" type="radio"/> F S
57.	É demasiado sério	<input checked="" type="radio"/> N O F S
58.	Ouve atentamente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
59.	Ingere coisas que não são comida	<input checked="" type="radio"/> N O F S
60.	Diz "eu quero morrer" ou "quem me dera estar morto"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
61.	Interrompe os outros quando eles estão a falar	N O <input checked="" type="radio"/> F S
62.	Felicita os outros quando lhes acontecem coisas agradáveis	N <input checked="" type="radio"/> O F S
63. ^a	Fica doente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
64.	É escolhido pelas outras crianças para jogar	N <input checked="" type="radio"/> O F S
65.	É teimoso	N O F <input checked="" type="radio"/> S
66.	Danifica as coisas das outras crianças	N O <input checked="" type="radio"/> F S
67.	Diz "isso não resulta"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
68.	Distrai-se facilmente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
69.	Parece fora do contacto com a realidade	N <input checked="" type="radio"/> O F S
70.	Aborrece-se facilmente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
71.	Não consegue esperar pela sua vez	N O <input checked="" type="radio"/> F S
72.	Faz sugestões sem ofender os outros	<input checked="" type="radio"/> N O F S
73.	Tem dores de garganta	N <input checked="" type="radio"/> O F S
74.	Evita competir com as outras crianças	<input checked="" type="radio"/> N O F S
75.	Culpa os outros	<input checked="" type="radio"/> N O F S
76.	É medroso	<input checked="" type="radio"/> N O F S
77.	Balança-se para a frente e para trás por longos períodos de tempo	<input checked="" type="radio"/> N O F S
78.	Chora facilmente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
79.	Pede ajuda educadamente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
80.	Queixa-se de sentir calor	<input checked="" type="radio"/> N O F S
81.	Mastiga a roupa ou os cobertores	<input checked="" type="radio"/> N O F S
82.	Adapta-se bem a mudanças na sua rotina	N <input checked="" type="radio"/> O F S
83.	Critica os outros	<input checked="" type="radio"/> N O F S

84.	Fica muito chateado quando perde coisas	N <input checked="" type="radio"/> O F S
85.	Desiste facilmente na aprendizagem de algo novo	N <input checked="" type="radio"/> O F S
86.	Remexe em coisas como o próprio cabelo, unhas ou roupa	N <input checked="" type="radio"/> O F S
87.	Fica frustrado facilmente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
88.	Faz muito barulho enquanto brinca	N <input checked="" type="radio"/> O F S
89.	Cumprimenta os outros	N <input checked="" type="radio"/> O F S
90. [†]	Toma medicamentos	N <input checked="" type="radio"/> O F S
91.	Brinca sozinho	N O <input checked="" type="radio"/> F S
92.	Adapta-se bem a novos professores	N O F <input checked="" type="radio"/> S
93.	Responde aos professores	N O <input checked="" type="radio"/> F S
94.	Tem frequentemente as mãos suadas	<input checked="" type="radio"/> N O F S
95.	Ouve instruções	N <input checked="" type="radio"/> O F S
96.	Brinca na casa de banho	<input checked="" type="radio"/> N O F S
97.	Diz, "Eu não tenho amigos"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
98.	É excessivamente activo	N <input checked="" type="radio"/> O F S
99.	Oferece-se para ajudar	<input checked="" type="radio"/> N O F S
100.	Queixa-se de dificuldades em respirar	<input checked="" type="radio"/> N O F S
101.	Evita as outras crianças	<input checked="" type="radio"/> N O F S
102.	Ameaça magoar os outros	<input checked="" type="radio"/> N O F S
103.	Diz "Tenho medo de vir a cometer um erro"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
104.	Ouve sons que não existem	<input checked="" type="radio"/> N O F S
105. [‡]	Tem convulsões	N <input checked="" type="radio"/> O F S
106.	Admite os seus erros	<input checked="" type="radio"/> N O F S
107.	Tem dores de cabeça	<input checked="" type="radio"/> N O F S
108.	Repete um pensamento sistematicamente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
109.	Utiliza linguagem obscena	<input checked="" type="radio"/> N O F S

Por favor, confirme se assinalou todos os itens

Anexo B3 - Tabelas de resultados da BASC inicial

Pais

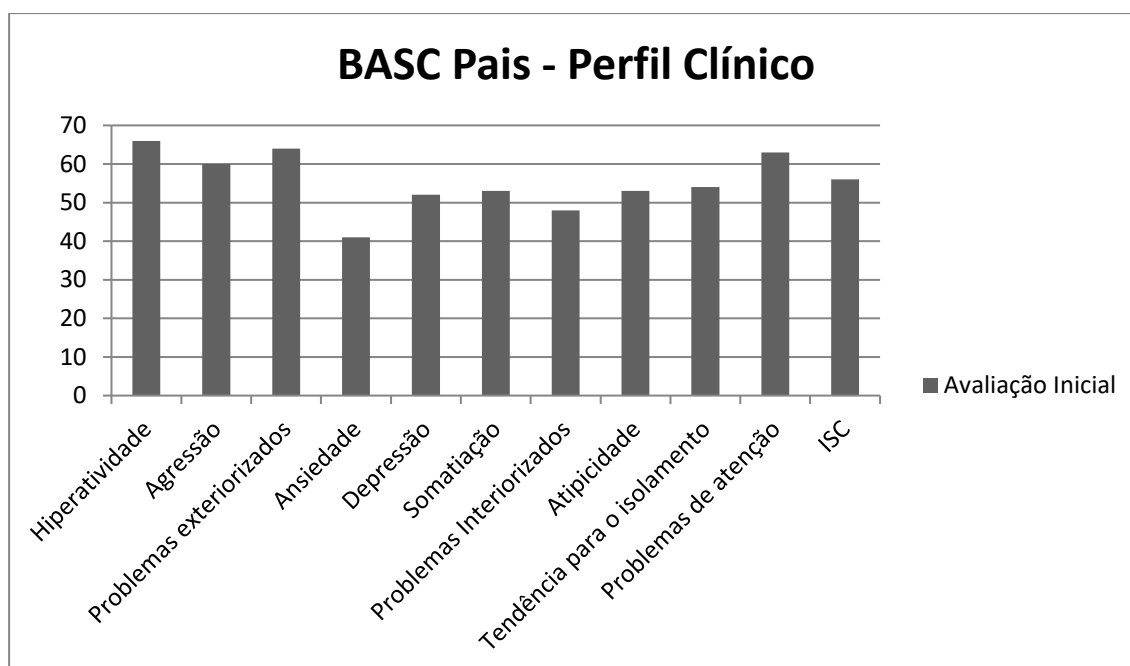


Ilustração 9 - Resultados da avaliação inicial do perfil clínico do Pedro pela BASC pais

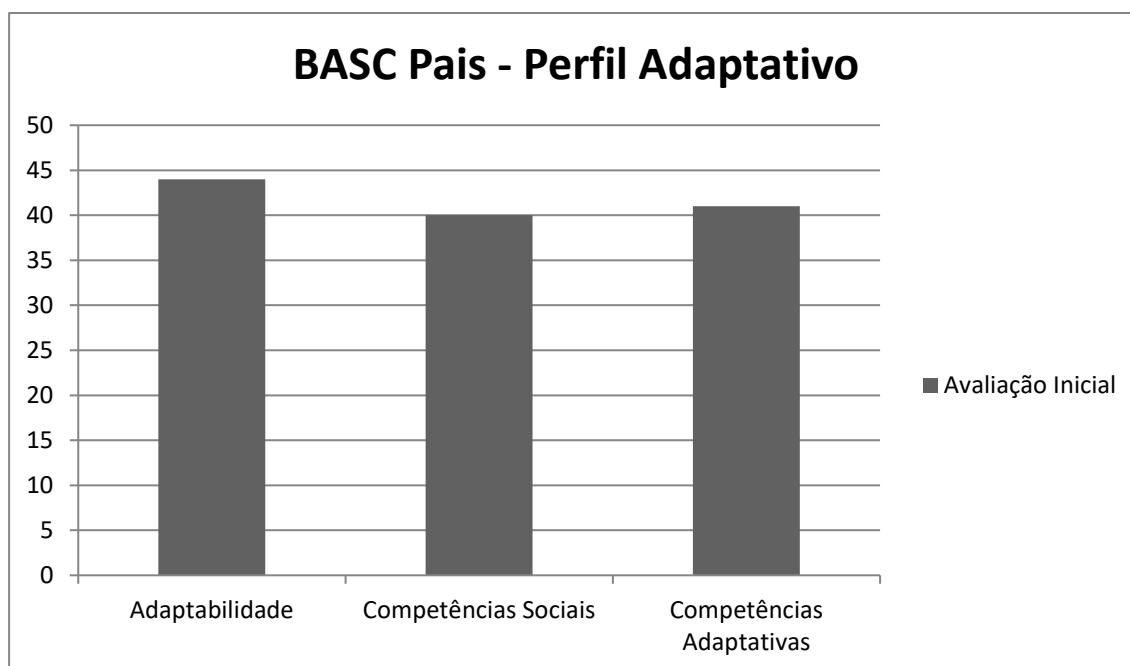


Ilustração 10 - Resultados da avaliação inicial do perfil adaptativo do Pedro pela BASC pais

Professores

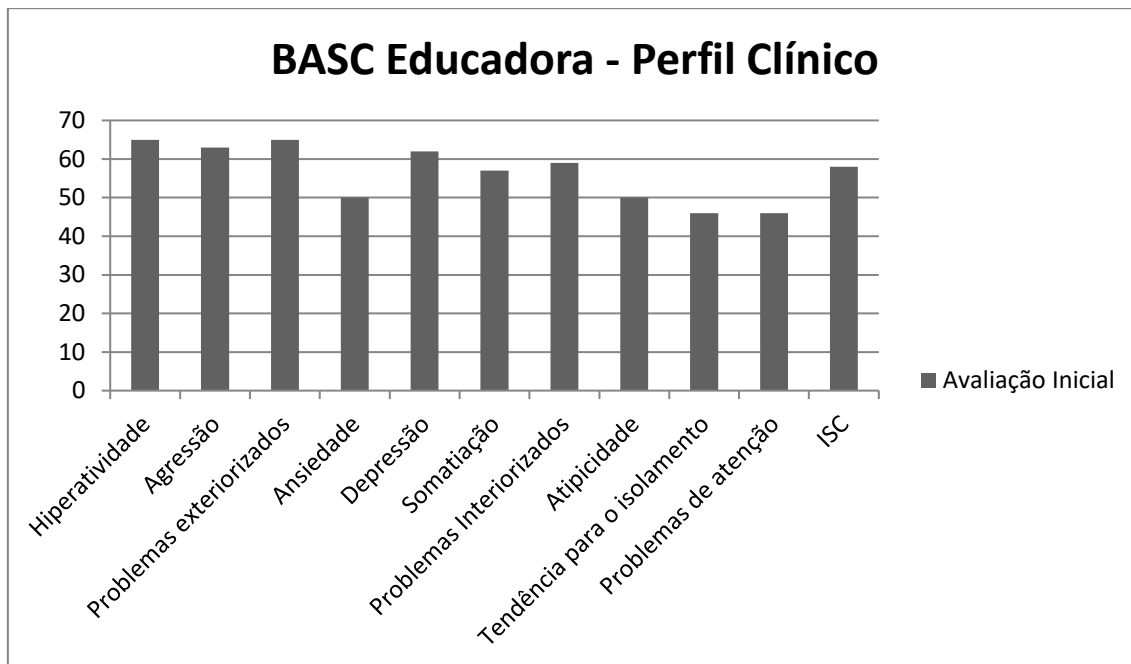


Ilustração 11 - Resultados da avaliação inicial do perfil clínico do Pedro pela BASC educadora

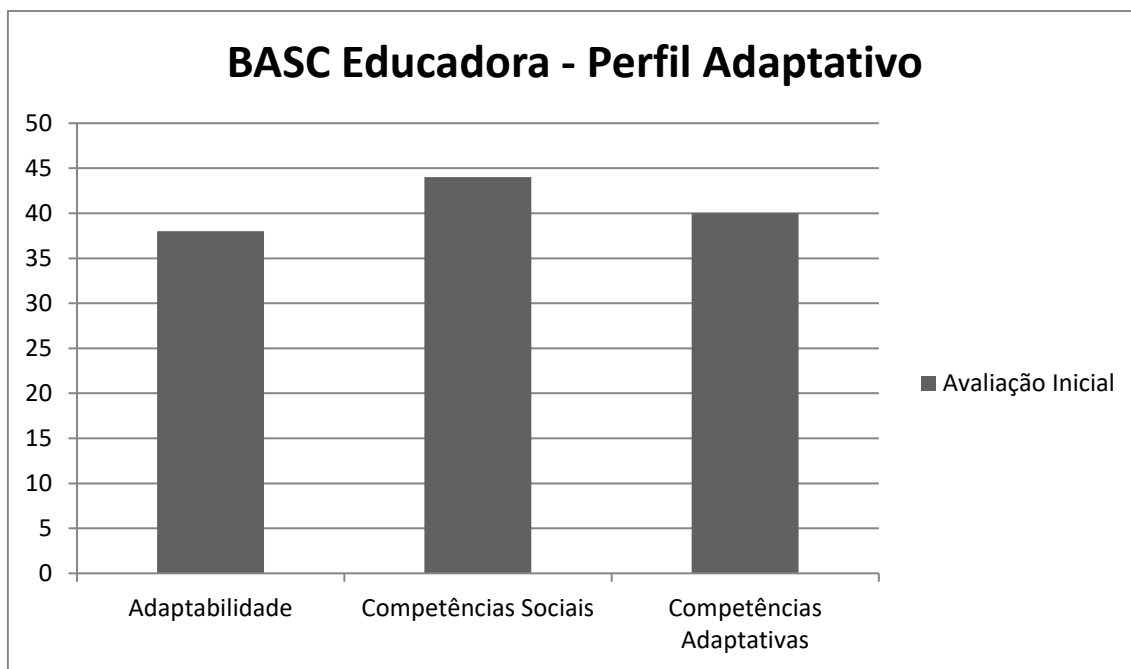
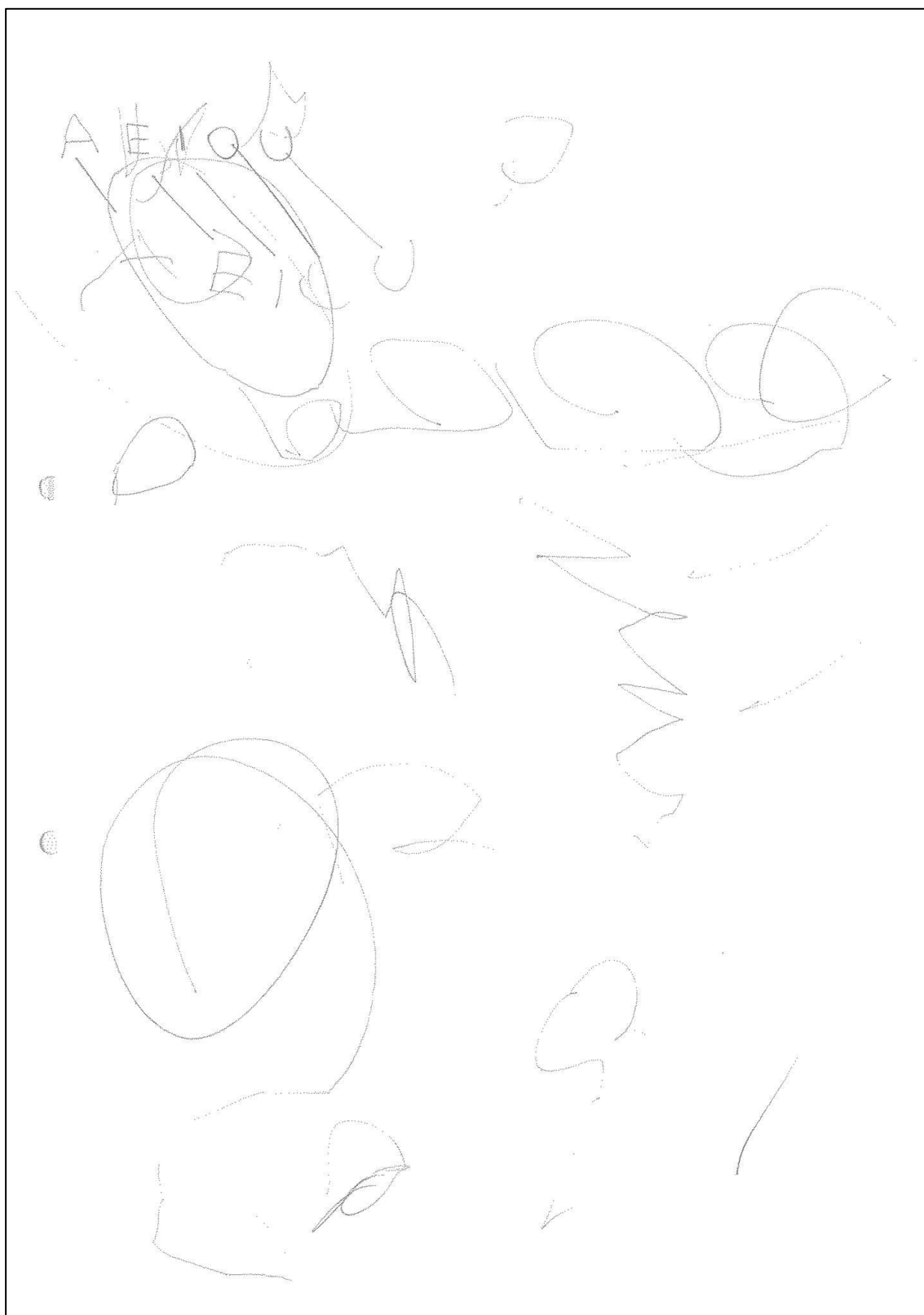


Ilustração 12 - Resultados da avaliação inicial do perfil adaptativo do Pedro pela BASC educadora

Anexo B4 - DAP final





Anexo B5 - BASC final

Pais

BASC (Behavior Assessment System for Children)

EAPais (4 - 5 anos)

Nome da Criança _____
Data _____ Data de nascimento _____ Idade _____
Escola _____ Ano _____
Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nome do Observador _____
Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
Grau parentesco _____
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Tutor ☐ Outro _____

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Partilha brinquedos e pertences com outras crianças	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
2.	Discute com os pais	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
3.	É demasiado sério	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
4.	Distrai-se facilmente	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
5.	Ingere coisas que não são comida	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
6.	Diz "ninguém gosta de mim"	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
7.	Age sem pensar	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
8.	Tem um contacto visual adequado	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
9.	Vai frequentemente ao médico	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
10.	Tem dificuldades em fazer amigos	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
11.	Gagueja	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
12.	Tem dificuldade em estabelecer ligações de uma tarefa para outra	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
13.	É cruel com os animais	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
14.	Preocupa-se com o que os pais pensam	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
15.	Usa uma linguagem inadequada	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
16.	Ouve sons que não existem	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
17.	Mostra má vontade	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
18.	Fica agitado quando viaja de carro	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
19.	Tem sentido de humor	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
20.	Tem dores de cabeça <i>em Fala</i>	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
21.	Evita competir com outras crianças	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
22.	Tem problemas nos olhos	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
23.	Discute quando é contrariado	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
24.	Tem medo de morrer	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
25.	Repete um pensamento sistematicamente	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
26.	Chora facilmente	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
27.	Trepa as coisas	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
28.	Tem boas maneiras à mesa	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
29.	Tem problemas de estômago	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
30.	Tem convulsões	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
31.	Estraga objectos de outras crianças	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
32.	É muito barulhento quando brinca	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
33.	Vomita	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
34.	Queixa-se quando lhe pedem para fazer coisas diferentes <i>GRITA</i>	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
35.	Critica os outros <i>N FALA</i>	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
36.	Diz "eu não sou muito bom nisto" <i>N FALA</i>	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
37.	Ouve atentamente	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
38.	Balucia para si próprio	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
39.	Fica triste	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
40.	Interrompe os outros quando estão a falar	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
41.	Diz "por favor" e "obrigado"	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
42.	Queixa-se acerca da sua saúde	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
43.	Recusa juntar-se às actividades de grupo	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
44.	Dorme na cama com os pais	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
45.	Adapta-se facilmente às mudanças de rotina	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
46.	Culpa os outros	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
47.	Diz "tenho medo de fazer uma asneira"	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
48.	Tem pouca capacidade de atenção	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
49.	Balanceia-se por longos períodos de tempo	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
50.	Amua	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
51.	Não espera pela sua vez	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
52.	Responde quando se fala com ele	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
53.	Queixa-se de ter dores	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
54.	É tímido com outras crianças	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
55.	Tem problemas auditivos	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
56.	Ameaça magoar os outros	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
57.	Fica muito preocupado quando perde coisas	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
58.	Tem devaneios	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
59.	Diz "isso não é justo"	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
60.	Tenta chamar à atenção na presença de visitas	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
61.	Inicia conversas de forma apropriada	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
62.	Tem infecções nos ouvidos	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
63.	Evita outras crianças	N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
64.	Queixa-se de ser arreliado	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
65.	Fica agitado quando vê filmes	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S
66.	Tem reacções alérgicas	<input checked="" type="radio"/> N	<input checked="" type="radio"/> O	F	S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente
F - Frequentemente S - Sempre

67.	Adapta-se bem a novos professores e outros prestadores de cuidados	N O <input checked="" type="radio"/> F S
68.	Magoa os outros	N O <input checked="" type="radio"/> F S
69.	É nervoso	N <input checked="" type="radio"/> O F S
70.	Desiste facilmente quando aprende coisas novas	N <input checked="" type="radio"/> O F S
71.	Parece alheio à realidade	N O F <input checked="" type="radio"/> S
72.	Queixa-se de estar cansado	<input checked="" type="radio"/> N O F S
73.	Necessita de muita supervisão	N O F <input checked="" type="radio"/> S
74.	Cumprimenta os outros	N <input checked="" type="radio"/> O F S
75.	Tem febre	<input checked="" type="radio"/> N O F S
76.	Mostra medo de estranhos	N <input checked="" type="radio"/> O F S
77.	Brinca com o fogo	<input checked="" type="radio"/> N O F S
78.	Experimenta coisas novas	N O <input checked="" type="radio"/> F S
79.	Bate noutras crianças	N O <input checked="" type="radio"/> F S
80.	Preocupa-se com situações que não podem ser alteradas	<input checked="" type="radio"/> N O F S
81.	Tem dificuldades de concentração	N O <input checked="" type="radio"/> F S
82.	Tenta magoar-se	<input checked="" type="radio"/> N O F S
83.	Diz "quero ficar sozinho" ou "eu gosto de estar sozinho" <i>em Fala</i>	<input checked="" type="radio"/> N O F S
84.	É excessivamente activo	N O <input checked="" type="radio"/> F S
85.	Oferece-se para ajudar	<input checked="" type="radio"/> N O F S
86.	Queixa-se de estar com frio	N <input checked="" type="radio"/> O F S
87.	Recusa-se a falar	N O <input checked="" type="radio"/> F S
88.	Explora novos espaços	N O <input checked="" type="radio"/> F S
89.	Chama nomes às outras crianças	N <input checked="" type="radio"/> O F S
90.	Preocupa-se	<input checked="" type="radio"/> N O F S
91.	Mostra-se inexpressivo	<input checked="" type="radio"/> N O F S
92.	Transtorna-se facilmente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
93.	Tem acessos de mau-humor	N <input checked="" type="radio"/> O F S
94.	Pede ajuda educadamente	N <input checked="" type="radio"/> O F S
95.	Queixa-se de dificuldades em respirar	<input checked="" type="radio"/> N O F S
96.	Procura a protecção dos pais em ambientes estranhos	<input checked="" type="radio"/> N O F S
97.	Apresenta tremores	<input checked="" type="radio"/> N O F S
98.	Interrompe os pais quando estes estão a falar ao telefone	N <input checked="" type="radio"/> O F S
99.	Faz chichi na cama <i>usa fraldas</i>	N O F <input checked="" type="radio"/> S
100.	Fica muito preocupado quando deixado sozinho numa nova situação	<input checked="" type="radio"/> N O F S
101.	Refila com os pais	N <input checked="" type="radio"/> O F S
102.	Preocupa-se com o que os professores pensam	<input checked="" type="radio"/> N O F S
103.	Desiste facilmente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
104.	Diz "eles estão a tentar ajustar contas comigo"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
105.	Muda de humor rapidamente	N O <input checked="" type="radio"/> F S
106.	Quando vai às compras mexe em tudo	N O <input checked="" type="radio"/> F S
107.	Sorri para os outros	N O <input checked="" type="radio"/> F S
108.	Toma medicamentos <i>pelosia</i>	N O F <input checked="" type="radio"/> S
109.	Inicia facilmente conversas com pessoas que acabou de conhecer	N O <input checked="" type="radio"/> F S
110.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	N O <input checked="" type="radio"/> F S
111.	Ri às gargalhadas	N <input checked="" type="radio"/> O F S
112.	Aborrece os outros	N O <input checked="" type="radio"/> F S
113.	Diz "é tudo culpa minha"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
114.	Esquece-se de objectos	N O <input checked="" type="radio"/> F S
115.	Tem ideias estranhas	N <input checked="" type="radio"/> O F S
116.	Diz "eu quero morrer" ou "eu gostava de estar morto"	<input checked="" type="radio"/> N O F S
117.	Levanta-se durante as refeições	N O <input checked="" type="radio"/> F S
118.	Encoraja os outros a fazer o seu melhor	<input checked="" type="radio"/> N O F S
119.	Fica constipado	N <input checked="" type="radio"/> O F S
120.	É tímido com os adultos	<input checked="" type="radio"/> N O F S
121.	É um bom desportista	<input checked="" type="radio"/> N O F S
122.	Dá ordens aos outros	N <input checked="" type="radio"/> O F S
123.	É medroso	N <input checked="" type="radio"/> O F S
124.	Vê coisas que não existem	N <input checked="" type="radio"/> O F S
125.	Lamenta-se	<input checked="" type="radio"/> N O F S
126.	Grita	N O <input checked="" type="radio"/> F S
127.	Dá os parabéns aos outros quando lhes acontecem coisas boas	<input checked="" type="radio"/> N O F S
128.	Queixa-se de tonturas ou vertigens	<input checked="" type="radio"/> N O F S
129.	Fica muito perto dos familiares em locais públicos	<input checked="" type="radio"/> N O F S
130.	Oferece ajuda a outras crianças	<input checked="" type="radio"/> N O F S
131.	Dispersa-se com pequenas coisas durante as refeições	N O <input checked="" type="radio"/> F S

Por favor, confirme se marcou todos os itens

O ☒ não consegue
ter conversas

Professores

BASC (Behavior Assessment System for Children)

EAProf (4-5 anos)

Nome da Criança _____
 Data _____ Data de nascimento _____ Idade 5
 Escola Rouxinol Ano _____
 Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nome do Observador _____
 Profissão Educadora Infância
 Que tipo de classe ensina? pré-escolar
 Há quanto tempo conhece esta criança? _____

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente
 N - Nunca O - Ocasionalmente F - Frequentemente S - Sempre

1.	Experimenta coisas novas	N O <u>F</u> S
2.	Magoa os outros	N O <u>F</u> S
3.	Preocupa-se	N <u>O</u> F S
4.	Tem um baixo nível de vigilância	<u>N</u> O F S
5.	Mostra-se inexpressivo	<u>N</u> O F S
6.	Queixa-se de estar cansado	<u>N</u> O F S
7.	Exclui os outros nas actividades em grupo	<u>N</u> O F S
8.	Tem sentido de humor	<u>N</u> O F S
9.	Tem infecções nos ouvidos	<u>N</u> O F S
10.	Recusa-se a participar em actividades de grupo	<u>N</u> O F S
11.	Argumenta quando contrariado	<u>N</u> O F S
12.	Dá ordens aos outros	<u>N</u> O F S
13.	Rói as unhas	<u>N</u> O F S
14.	Tem acessos de mau humor	<u>N</u> O F S
15.	Tem ideias estranhas	<u>N</u> O F S
16.	É triste	<u>N</u> O F S
17.	Fala demasiado alto	<u>N</u> O F S
18.	Diz "por favor" e "obrigado"	<u>N</u> O F S
19.	Queixa-se de sentir frio	<u>N</u> O F S
20.	Tem dificuldades em fazer novos amigos	<u>N</u> O F S
21.	Discute com os amigos	<u>N</u> O F S
22.	Tem problemas de visão	<u>N</u> O F S
23.	Tenta magoar-se	<u>N</u> O F S
24.	Altera o humor rapidamente	<u>N</u> <u>O</u> F S
25.	Gagueja	<u>N</u> O F S
26.	Tem problemas de audição	<u>N</u> O F S
27.	Bate repetidamente com o pé ou lápis	<u>N</u> O F S

28.	Partilha brinquedos ou pertences com outras crianças	<u>N</u> O F S
29.	Prejudica o jogo das outras crianças	<u>N</u> O F S
30.	Procura chamar a atenção dos adultos	<u>N</u> O F S
31.	Tem dificuldades em concentrar-se	<u>N</u> O F S
32.	Brinca com os seus órgãos sexuais	<u>N</u> O F S
33.	Diz "ninguém gosta de mim"	<u>N</u> O F S
34.	Grita	<u>N</u> O F S
35.	Encoraja os outros a darem o seu	<u>N</u> O F S
36.	Queixa-se de dores	<u>N</u> O F S
37.	Recusa-se a falar	<u>N</u> O F S
38.	Tem problemas em estabelecer ligações entre tarefas	<u>N</u> O F S
39.	Bate nas outras crianças	<u>N</u> O F S
40.	É nervoso	<u>N</u> O F S
41.	Esquece-se de coisas	<u>N</u> O F S
42.	Vê coisas que não existem	<u>N</u> O F S
43.	Queixa-se de o arremoiarem	<u>N</u> O F S
44.	Importuna as outras crianças enquanto trabalham	<u>N</u> O F S
45.	Oferece ajuda às outras crianças	<u>N</u> O F S
46.	Tem febre	<u>N</u> O F S
47.	É tímido com adultos	<u>N</u> O F S
48.	Aborrece os outros	<u>N</u> O F S
49.	Diz "eu não sou muito bom a fazer isto"	<u>N</u> O F S
50.	Balbucia consigo próprio	<u>N</u> O F S
51.	Fica desapontado durante muito tempo se a sua actividade preferida é interrompida	<u>N</u> O F S
52.	Tem acidentes nos cuidados próprios e de higiene	<u>N</u> O F S
53.	Queixa-se de problemas de saúde	<u>N</u> O F S
54.	Age de forma disparatada	<u>N</u> O F S

ATENÇÃO

Indique a frequência de cada comportamento assinalando a letra correspondente

N - Nunca O - Ocasionalmente

F - Frequentemente S - Sempre

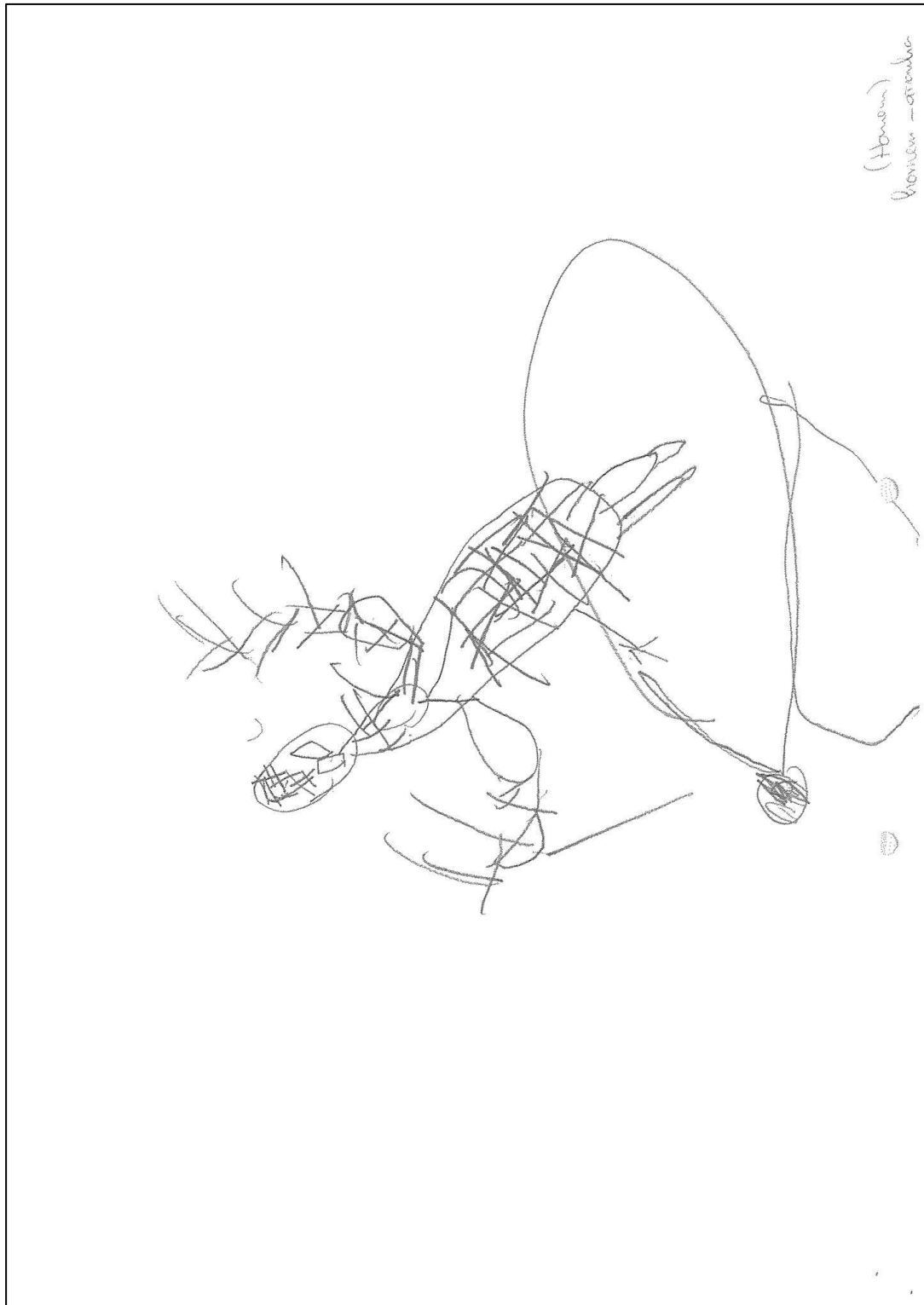
55.	É bom desportista	N (O) F S	84.	Fica muito chateado quando perde coisas	(N) O F S
56.	Discute quando é contrariado	N O (F) S	85.	Desiste facilmente na aprendizagem de algo novo	N O F (S)
57.	É demasiado sério	(N) O F S	86.	Remexe em coisas como o próprio cabelo, unhas ou roupa	(N) O F S
58.	Ouve atentamente	N (O) F S	87.	Fica frustrado facilmente	N (O) (F) S
59.	Ingere coisas que não são comida	(N) O F S	88.	Faz muito barulho enquanto brinca	N (O) F S
60.	Diz "eu quero morrer" ou "quem me dera estar morto"	(N) O F S	89.	Cumprimenta os outros	(N) O F S
61.	Interrompe os outros quando eles estão a falar	(N) O F S	90.	Toma medicamentos	(N) O F S
62.	Felicita os outros quando lhes acontecem coisas agradáveis	(N) O F S	91.	Brinca sozinho	N O (F) S
63.	Fica doente	N (O) F S	92.	Adapta-se bem a novos professores	N O (F) S
64.	É escolhido pelas outras crianças para jogar	N (O) F S	93.	Responde aos professores	N (O) F S
65.	É teimoso	N (O) (F) S	94.	Tem frequentemente as mãos suadas	(N) O F S
66.	Danifica as coisas das outras crianças	N (O) F S	95.	Ouve instruções	(N) O F S
67.	Diz "isso não resulta"	(N) O F S	96.	Brinca na casa de banho	(N) O F S
68.	Distrai-se facilmente	N (O) F S	97.	Diz, "Eu não tenho amigos"	(N) O F S
69.	Parece fora do contacto com a realidade	N (O) F S	98.	É excessivamente activo	N (O) F S
70.	Aborrece-se facilmente	N (O) F S	99.	Oferece-se para ajudar	(N) O F S
71.	Não consegue esperar pela sua vez	N (O) F S	100.	Queixa-se de dificuldades em respirar	(N) O F S
72.	Faz sugestões sem ofender os outros	(N) O F S	101.	Evita as outras crianças	(N) O F S
73.	Tem dores de garganta	(N) O F S	102.	Ameaça magoar os outros	N (O) F S
74.	Evita competir com as outras crianças	(N) O F S	103.	Diz "Tenho medo de vir a cometer um erro"	(N) O F S
75.	Culpa os outros	(N) O F S	104.	Ouve sons que não existem	(N) O F S
76.	É medroso	(N) O F S	105.	Tem convulsões	N (O) F S
77.	Balança-se para a frente e para trás por longos períodos de tempo	(N) O F S	106.	Admite os seus erros	(N) O F S
78.	Chora facilmente	N (O) F S	107.	Tem dores de cabeça	(N) O F S
79.	Pede ajuda educadamente	(N) O F S	108.	Repete um pensamento sistematicamente	(N) O F S
80.	Queixa-se de sentir calor	(N) O F S	109.	Utiliza linguagem obscena	(N) O F S
81.	Mastiga a roupa ou os cobertores	(N) O F S			
82.	Adapta-se bem a mudanças na sua rotina	N (O) F S			
83.	Critica os outros	(N) O F S			

Por favor, confirme se assinalou todos os itens

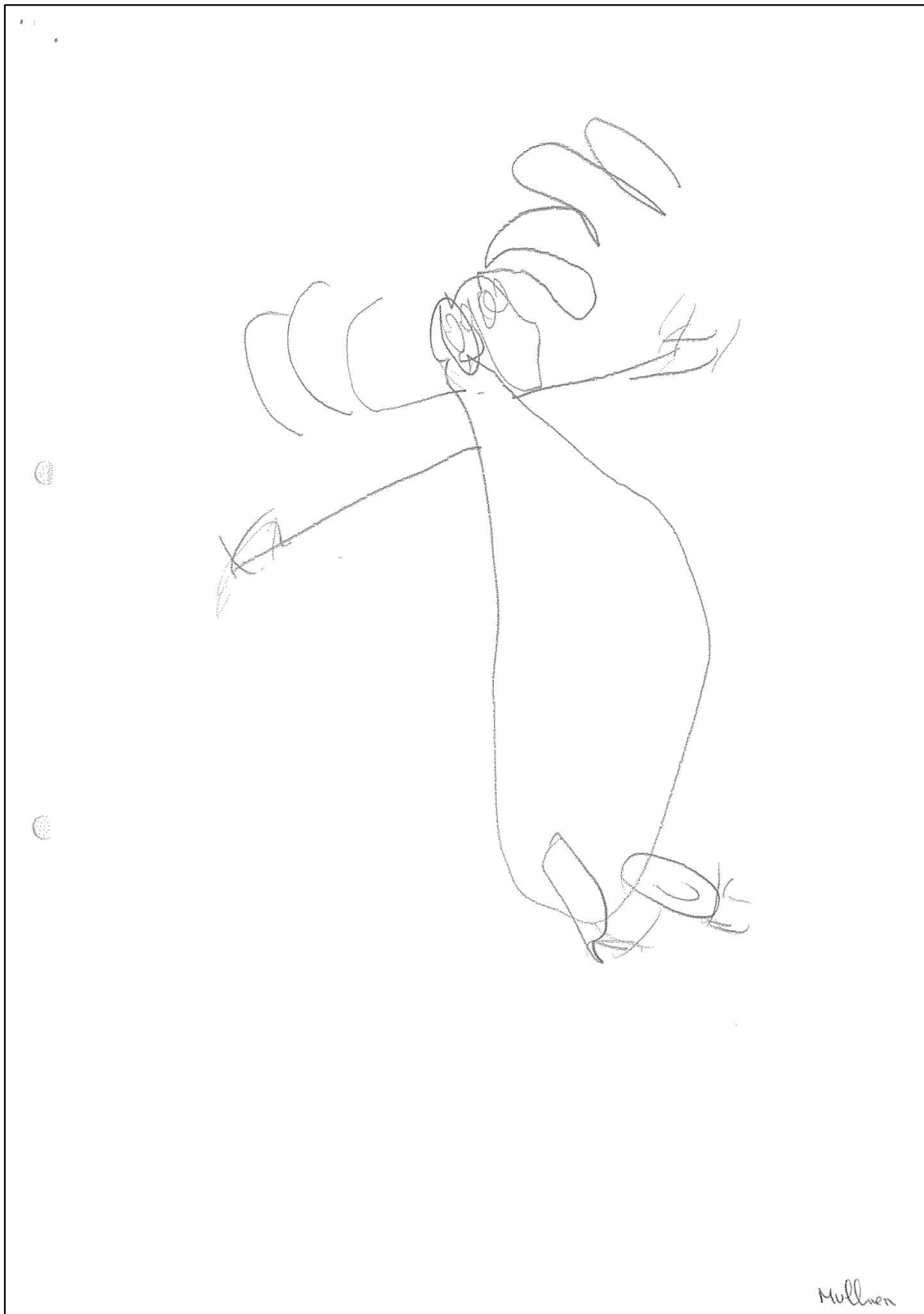
Anexo C – Avaliação do Caso 2

Anexo C1 – DAP inicial

Homem



Mulher



Próprio

Próprio

